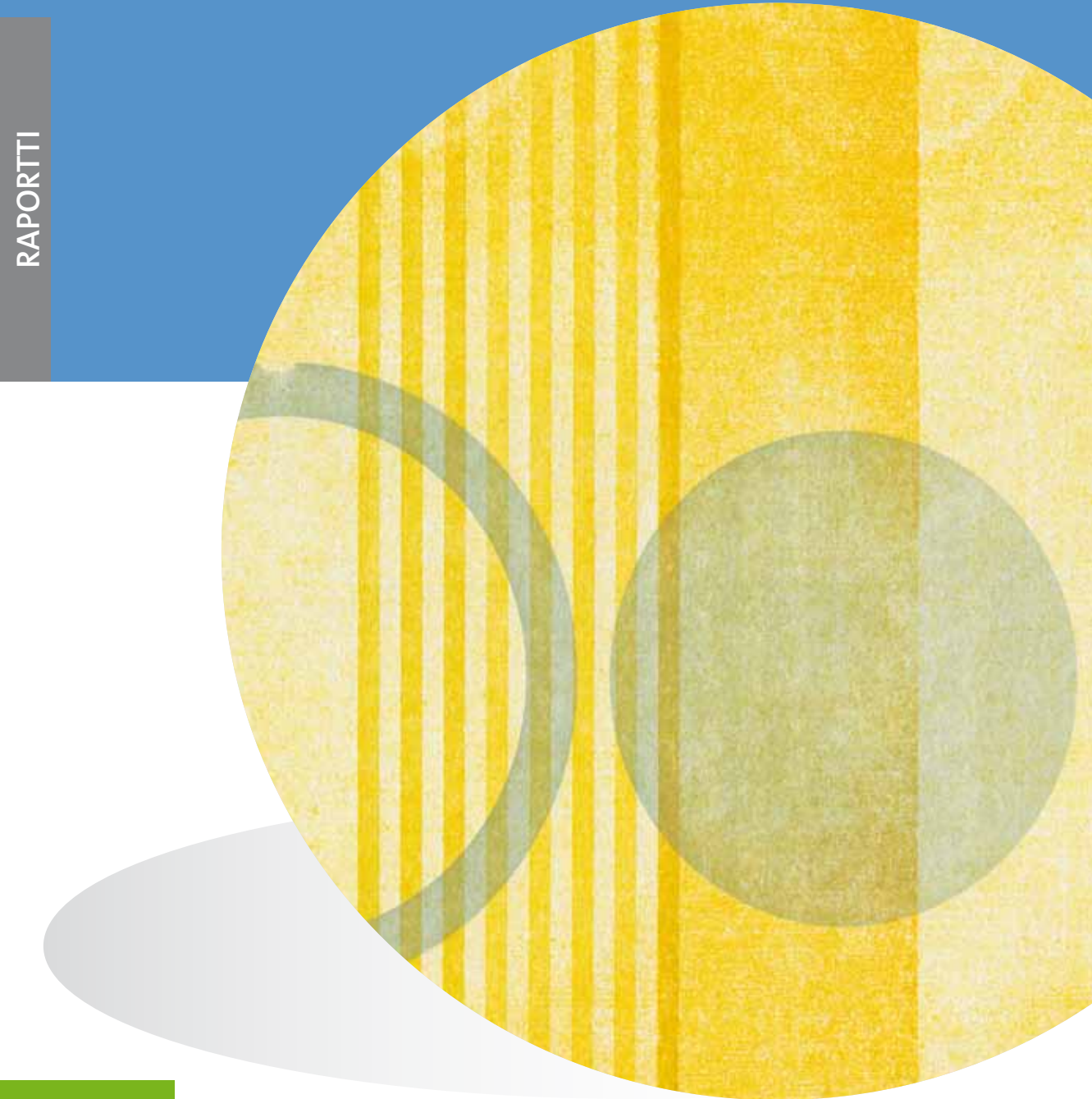


Halme Nina  
Perälä Marja-Leena  
Laaksonen Camilla

# Yhteistyöinterventtioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa Järjestelmällinen katsaus

RAPORTTI



Raportti 10/2010

# Yhteistyöinterventtioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa

Nina Halme,  
Marja-Leena Perälä,  
Camilla Laaksonen



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Työryhmä:

Marja-Leena Perälä, THL, puheenjohtaja

Tuovi Hakulinen-Viitanen, THL

Nina Halme, THL

Teija Hammar, THL

Timo Järvensivu, Aalto-yliopisto, Kauppakorkeakoulu

Marjatta Kekkonen, THL

Camilla Laaksonen, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos

Jukka Mäkelä, THL

Sirpa Nykänen, THL

Marjaana Pelkonen, Sosiaali- ja terveysministeriö

Heidi Peltonen, Opetushallitus

Kerttu Perttilä, THL

Tuuli Pitkänen, Järvenpään sosiaalisairaala, A-klinikkasäätiö

Anneli Pouta, THL

Sirkka Rousu, Suomen Kuntaliitto

Maisa Toljamo, Suomen Muistiasiantuntijat ry

Riitta Viitala, Sosiaali- ja terveysministeriö

Anna-Leena Välimäki, THL

© Kirjoittajat ja THL

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Sujata Hapuli, Käännös-Aazet Oy

Englanninkielinen tiivistelmä: Kenneth Gustafsson

ISBN 978-952-245-241-2

ISSN 1798-0070

ISBN 978-952-245-242-9 (pdf)

ISSN 1798-0089 (pdf)

Yliopistopaino Oy

Helsinki 2010

## Sisällys

Esipuhe.....	5
Tiivistelmä.....	6
Sammandrag.....	8
Abstract.....	10
Taulukot.....	12
Kuviot.....	14
Lyhenteet.....	15
1 Johdanto.....	17
1.1 Katsauksen tarkoitus.....	17
1.2 Lapsiperheitä tukevat palvelut lapsen kasvu- ja kehitysympäristössä.....	17
1.2.1 Lapsen kasvua ja kehitystä tukevat peruspalvelut.....	19
1.2.2 Erityistason palvelut.....	22
1.2.3 Kolmannen sektorin palvelut.....	23
1.3 Yhteistyö lapsen kasvun ja kehityksen eri vaiheissa.....	25
1.3.1 Kasvun ja kehityksen taitekohdat.....	25
1.3.2 Lapsiperheiden ja työntekijöiden välinen yhteistyö.....	27
1.3.3 Työntekijöiden välinen yhteistyö.....	29
1.3.4 Velvoite yhteistyöhön: lait säädökset ja ohjelmat.....	31
2 Tutkimuskysymykset.....	35
3 Menetelmät.....	36
3.1 Alkuperäistutkimusten haku.....	36
3.1.1 Lapsiperheitä tukevan yhteistyöintervention määrittely.....	36
3.1.2 Tutkimusten valintakriteerit.....	36
3.1.3 Hakustrategia.....	38
3.2 Aineiston muodostuminen.....	38
3.3 Alkuperäistutkimusten analysointi.....	44
3.3.1 Sisältöjen luokittelu.....	44
3.3.2 Vaikutusten määrittäminen.....	44
3.3.3 Näytön asteen määrittäminen.....	46
4 Tulokset.....	47
4.1 Tutkimusten kuvaus.....	47
4.1.1 Alkuperäistutkimukset.....	47
4.1.2 Tutkimusten tarkoitus.....	56
4.1.3 Tutkimuksissa käytetyt aineistot ja menetelmät.....	58
4.1.4 Tulosmuuttujat.....	64
4.1.5 Aineistoon valikoituneiden tutkimusten laatu.....	67
4.2 Yhteistyöinterventioiden kuvaus.....	70
4.2.1 Interventioiden ominaisuudet.....	70

4.2.2 Interventioiden tavoite.....	74
4.2.3 Interventioiden sisältö .....	77
4.3 Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuuden arviointi.....	81
4.3.1 Lapsiin tai vanhempiin liittyvien interventioiden vaikuttavuus.....	81
4.3.2 Työntekijöihin liittyvien interventioiden vaikuttavuus.....	87
4.3.3 Organisaatioon tai palvelujärjestelmään liittyvien interventioiden vaikuttavuus.....	89
5 Pohdinta.....	92
5.1 Tulosten pohdinta .....	92
5.2 Tulosten luotettavuus.....	97
6 Johtopäätökset.....	101
Lähteet.....	102

Liite 1.	Hakustrategioiden luomista ohjanneet tekstisanat, indeksoidut termit sekä niiden yhdistelmät
Liite 2.	Käytetyt hakutermit kotimaisissa tietokannoissa
Liite 3.	Tiedonhaussa käytetyt vapaat tekstisanat, indeksoidut termit sekä niiden yhdistelmät eri tietokannoissa
Liite 4.	Tiedonkeruulomake
Liite 5.	Lapseen tai vanhempiin kohdistuvat interventiot
Liite 6.	Työntekijään tai työyhteisöön kohdistuvat interventiot
Liite 7.	Palvelujärjestelmään kohdistuvat interventiot
Liite 8.	Interventioiden tilastollinen vaikuttavuus
Liite 9.	Alkuperäistutkimusten tiivistelmät

# Esipuhe

Raportti on järjestelmällinen katsaus, joka sisältää 88 yksittäistä tutkimusta. Tutkimuksista on haettu lapsiperheiden ja työntekijöiden välisiä, työntekijöiden keskinäisiä ja palveluihin kohdistuneita yhteistyöinterventioita sekä tietoa näiden vaikuttavuudesta. Kerättyä tietoa käytetään lapsiperheiden terveyttä ja hyvinvointia tukevan erilaisiin ympäristöihin soveltuvan mallin, toimintatavan kehittämisessä. Kootusta tiedosta hyötyvät viimekädessä lapsiperheet, mutta myös sosiaali- ja terveys- sekä koulutuksen alalla työskentelevät johtajat, kehittäjät, opettajat ja tutkijat samoin kuin käytännön alan työntekijät ja opiskelijat.

Tämä järjestelmällinen katsaus on osa Lapsiperhepalveluiden yhteistyökäytäntöjen johtaminen, LapsYTY, tutkimus- ja kehittämishanketta. Sen käynnistämisen taustalla on tahto edistää lasten ja perheiden osallisuutta ja hyvinvointia sekä huoli lasten terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoistumisesta ja palvelujen pirstaleisuudesta. Hankkeessa tuotetaan tietoa lasten terveydestä, lapsiperheiden palvelujen tarpeesta, saatavuudesta, käytöstä ja järjestämisestä sekä vaikuttavista ja hyvistä käytännöistä. Lisäksi tavoitteena on kehittää sekä tutkittuun tietoon että käytännön asiantuntijuuteen perustuva verkostomainen yhteistyökäytäntö, jonka soveltuvuutta ja vaikutuksia arvioidaan kokeellisella tutkimusasetelmalla erilaisissa ympäristöissä. Yhteistyökumppaneita ovat Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetushallitus, Suomen Kuntaliitto, A-klinikkasäätiö ja yliopistot. Hankkeella on Terveiden edistämisen määrärahaa (2008–2010) ja Suomen Akatemian tutkimushankerahoitusta (2010–2013).

Helsinki, helmikuu 2010

Kirjoittajat

# Tiivistelmä

Halme Nina, Perälä Marja-Leena, Laaksonen Camilla. Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Järjestelmällinen katsaus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 2010.

Katsauksen tavoitteena on lisätä tietoa perheiden, kuntien terveys-, sosiaali- ja koulutointen sekä muiden lapsiperheiden parissa työskentelevien tahojen keskinäisestä yhteistyöstä ja tiedon kulusta lapsen ja hänen perheensä siirtyessä palvelujärjestelmästä toiseen tai näiden palvelujen samanaikaisesta käytöstä. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää millaisia vaikuttavia toimintatapoja ja hyviä käytäntöjä on terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palveluja tuottavien tahojen (äitiys- ja lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, päivähoido, esiopetus, koulu, erityispalvelut sekä yksityis- ja kolmas sektori) välillä sekä näiden ja perheiden välillä. Tarkastelukohteena olivat alle yhdeksänvuotiaiden palvelut.

Tutkimuksia haettiin 22:sta koti- ja ulkomaisesta artikkeli- ja lehtitietokannasta vuosilta 2000–5/2008. Tutkimusten valintakriteerit liittyivät tutkimusasetelmaan, kohderyhmään, interventioon, tieteellisen julkaisun tasoon sekä kulttuuriseen relevanssiin. Tutkimusten laadun arvioinnissa huomiota kiinnitettiin asetelman vahvuuteen, tutkimuksen laatuun, tulosten yhdenmukaisuuteen ja sovellettavuuteen. Määrällisten tutkimusten arvioinnissa käytettiin valmista tarkistuslistaa (Quality Criteria Checklist). Laadullisen tutkimuksen arviointi perustui Bromleyn ja kumppaneiden 2002 kehittämään kansainvälisessä käytössä olevaan luokitukseen. Haku tuotti 1205 osumaa, joista 88 tutkimusta valikoitui mukaan lopulliseen aineistoon. Valtaosa tutkimuksista (87 %) oli laadultaan heikkoja tai keskitasoisia.

Yhteistyöinterventiot kohdistuivat lapseen ja hänen perheeseensä, työntekijään tai työyhteisöön sekä järjestelmään tai toimintaprosessiin. Suurin osa interventioista oli suunnattu tilanteeseen, jossa lapsella oli jo todettu vaikeuksia tai ongelmia kehityksessä, oppimisessa tai käyttäytymisessä. Yhteistyöinterventioina toteutettiin perheiden ja työntekijöiden ohjausta ja koulutusta, moniammatillisia yhteistyötapaamisia, lasten myönteistä vahvistamista, vanhempien osallistamista, yhteistyöverkostojen rakentamista, vastuuhenkilöiden tai koordinaattoreiden nimeämistä, yksilöllisten palvelusuunnitelmien laatimista, moniammatillista työskentelytapaa tai työparityöskentelyä, konsultaatiota, vanhempien pienryhmätoimintaa, kotiin vietäviä palveluja, laadukriteereiden asettamista sekä palveluiden yhteensovittamista. Alkuperäistutkimuksissa esiintyi runsaasti erilaisia tulosmuuttujia sekä määrällisesti että laadullisesti. Näitä arvioitiin erilaisten indikaattoreiden avulla. Tästä syystä yhteenvedon menetelmien vaikuttavuudesta ei voitu tehdä luotettavasti.

Useimmat interventiot kohdistuivat lasten ja perheiden erilaisiin pulmatilanteisiin. Terveyttä ylläpitäviä interventiota tunnistettiin vain viisi. Vaikka yhteistyötä kehittävien interventioiden vaikuttavuutta ei voitu luotettavasti arvioida, tutkimus kuitenkin

kin tuottaa tietoa kehitetyistä interventioista. Tätä tietoa voidaan hyödyntää lapsiperheiden palvelujen kehittämisessä. Jatkossa tarvitaan lisää korkealaatuisia tutkimuksia kehitettyjen interventioiden vaikuttavuuden arvioimiseksi.



# Sammandrag

Halme Nina, Perälä Marja-Leena, Laaksonen Camilla. Effekttutvärdering av samarbetsbaserade interventioner inom tjänster för barnfamiljer. En systematisk översikt. Institutet för hälsa och välfärd. Rapporter 2010.

Målet med studien är att öka samarbetet och förbättra informationsflödet mellan familjerna, det kommunala hälso-, social- och skolväsendet samt övriga instanser som arbetar med barnfamiljer i sådana fall då barn och deras familjer övergår från ett servicesystem till ett annat eller använder flera olika tjänster parallellt. Syftet med den systematiska litteraturoversikten är att utreda vilka effektiva handlingsmetoder och goda förfaranden som tillämpas av de instanser som tillhandahåller tjänster för främjande av familjernas hälsa och välbefinnande (mödra- och barnrådgivningsbyråer, skolhälsovård, dagvård, förskola, skola, specialtjänster samt privata sektorn och tredje sektorn), allt från väntetiden till skolåldern.

Studier söktes i 22 olika artikel- och tidningsdatabaser med avseende på perioden 2000–5/2008. Som urvalskriterier för studierna användes forskningsupplägg, målgrupp, intervention, den vetenskapliga publikationens nivå och kulturell relevans. Vid bedömningen av studiernas kvalitet fästets uppmärksamhet vid forskningsuppläggets relevans, studiens kvalitet samt resultatens enhetlighet och tillämplighet. Vid bedömningen av de kvantitativa studierna användes en färdig kontrollista (Quality Criteria Checklist). Bedömningen av de kvalitativa studierna grundade sig på en klassificering som tagits fram av Bromley & co år 2002 och som används på internationell nivå. Sökningen gav 1 205 resultat, av vilka 88 studier inkluderades i det slutliga materialet. Majoriteten av studierna (87 %) var av dålig eller medelmåttig kvalitet.

Interventionerna hänförde sig till barnet och dess familj, de anställda eller arbetsgemenskapen och systemet eller verksamhetsprocessen. De flesta av interventionerna fokuserade på situationer där svårigheter och problem redan konstaterats i barnets utveckling, lärande eller beteende. Interventionerna genomfördes i form av handledning och utbildning av familjer och anställda, multiprofessionella samarbetsmöten, belöning av barnen, åtgärder för att engagera föräldrarna, nya samarbetsnätverk, utnämning av ansvarspersoner eller koordinatörer, individuella serviceplaner, multiprofessionella arbetsmetoder eller arbete i par, konsultationer, verksamhet i små grupper för föräldrar, tjänster i hemmet, uppställning av kvalitetskriterier och samordnande av tjänster. I de ursprungliga studierna förekom många olika resultatvariabler – både kvantitativa och kvalitativa – vilka bedömdes med hjälp av olika indikatorer. Av denna orsak kunde ett tillförlitligt sammandrag av metodernas verkningfullhet inte göras.

De flesta interventionerna hänförde sig till olika problemsituationer. Endast fem hälsofrämjande interventioner identifierades. Även om man inte kunde bedöma verkningsfullheten av de samarbetsfrämjande interventionerna på ett tillförlitligt sätt, ger studien ändå information om de interventioner som utvecklats. Denna information kan utnyttjas vid utvecklandet av tjänster för barnfamiljer. Framöver behövs fler högklassiga studier för att bedöma interventionernas verkningsfullhet.

# Abstract

Halme Nina, Perälä Marja-Leena, Laaksonen Camilla. A Systematic Review of the Effectiveness of Collaborative Interventions in Services for Families with Children. National Institute for Health and Welfare. Reports 2010.

The aim of this report is to increase co-operation and the flow of information between different actors working with families, families with children and municipal health, social and school authorities. The focus is on children and their families moving from one service delivery system to another or using several services at the same time. Through a systematic literature review, the report aims to identify what kinds of effective work methods and good practices are used between families and providers of health and welfare services (prenatal and child health clinics, school health care, day care, pre-primary education, school, specialised services, and the private and third sector) from the time of pregnancy to when the child reaches school age.

The studies for the literature review were retrieved from 22 different article and journal databases, for the period 2000–5/2008. The selection criteria concerned aspects such as study design, target group, intervention, scientific quality and cultural relevance. In evaluating the scientific quality, the focus was on the strength of the study frame, the research quality, and the uniformity and applicability of results. The evaluation of quantitative studies was based on a quality criteria checklist. The review of qualitative studies, in turn, was based on an international classification developed by Bromley et al. in 2002. The database search yielded 1205 hits, from which 88 studies were selected for the final material. A majority of the studies (87 %) were of poor or average quality.

The interventions were targeted at the child and his/her family or the employee or the work community or the system or working process. Most of the interventions were directed at situations where children had already been diagnosed with difficulties in terms of development, learning or behaviour. The interventions comprised a number of different approaches: guidance and training for families and employees; multiprofessional meetings; rewarding children; increasing parental involvement; creating networks of collaboration; naming responsible persons or co-ordinators; drafting individual service plans; using multiprofessional working methods or teamwork; consultation; small group activities for parents; home-based services; defining quality criteria; and consolidating services. The original studies included a great deal of response variables, both quantitatively and qualitatively. These variables were analysed with a set of different indicators. This meant that it was not

possible to draw a reliable conclusion of the impact of the various intervention methods.

Most of the interventions were targeted at different problem situations, and only five were identified as interventions aimed at maintaining health. While a reliable assessment of the impact of collaborative interventions could not be achieved, the present study does produce new knowledge on the interventions for use in the development of services for families with children. In the future, more high-quality studies are required to address and assess the impacts of collaborative interventions.

# Taulukot

- Taulukko 1. Tutkimusten valintakriteerit
- Taulukko 2. Alkuperäistutkimusten haku artikkeli- ja lehtitietokannoista
- Taulukko 3. Kvantitatiivisten tutkimusten laadun arviointiperusteet
- Taulukko 4. Kvalitatiivisten tutkimusten laadun arviointiperusteet
- Taulukko 5. Efektin suuruuden arvioinnissa käytetyt laskutavat
- Taulukko 6. Yksittäiset alkuperäistutkimukset (N = 88)
- Taulukko 7. Alkuperäistutkimusten taustatiedot (N = 88)
- Taulukko 8. Käytetyt tutkimusasetelmat
- Taulukko 9. Lapsiperhepalveluiden yhteistyötä kuvaavat termit tutkimuksissa ryhmiteltynä ominaispiirteidensä mukaisesti
- Taulukko 10. Lapsiin ja perheisiin kohdistuvien tutkimusten tarkoitus (n = 49)
- Taulukko 11. Työntekijään tai työyhteisöön kohdistuvien tutkimusten tarkoitus (n = 23)
- Taulukko 12. Organisaatioon tai palvelujärjestelmään kohdistuvien tutkimusten tarkoitus (n = 31)
- Taulukko 13. Tutkimuksiin osallistuneiden lukumäärä
- Taulukko 14. Alkuperäistutkimusten (N = 88) tietolähde ja käytetyt tiedonkeruumenetelmät
- Taulukko 15. Yhteistyökäytäntöjä arvioivia standardoituja mittareita
- Taulukko 16. Lapsiin ja perheisiin kohdistuvat tulostulokset (n = 49)
- Taulukko 17. Työntekijöihin ja työyhteisöön kohdistuvat tulostulokset (n = 23)
- Taulukko 18. Palvelujärjestelmään kohdistuvat tulostulokset (n = 31)
- Taulukko 19. Aineistoon valikoituneiden tutkimusten laatu (N = 88)
- Taulukko 20. Määrällisten tutkimusten laadun arviointi (n = 40)
- Taulukko 21. Laadullisten tutkimusten laadun arviointi (n = 52)
- Taulukko 22. Interventioiden taustateoria (N = 88)
- Taulukko 23. Toiminnan konteksti (N = 88)
- Taulukko 24. Interventioiden sisältämät työmenetelmät (N = 88)
- Taulukko 25. Interventioon osallistuneet (N = 88)
- Taulukko 26. Intervention tuottajataho (N = 88)
- Taulukko 27. Intervention kesto (N = 88)
- Taulukko 28. Interventioiden tavoite ja tarkoitus (N = 88)
- Taulukko 29. Lapseen ja/tai vanhempiin kohdistuneiden interventioiden kuvaus
- Taulukko 30. Työntekijöihin kohdistuneiden interventioiden kuvaus
- Taulukko 31. Palvelujärjestelmään kohdistuneiden interventioiden kuvaus
- Taulukko 32. Intervention aiheuttamat muutokset lapsessa, perheessä ja lapsen kasvuympäristössä (n = 84)

- Taulukko 33. Lapsiin tai perheisiin kohdistuneiden interventioiden tilastollinen vaikuttavuus
- Taulukko 34. Lapsiin tai perheisiin kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus laadullisissa tutkimuksissa
- Taulukko 35. Intervention aiheuttamat muutokset työntekijän toiminnassa (n = 42)
- Taulukko 36. Työntekijöihin kohdistuneiden interventioiden tilastollinen vaikuttavuus
- Taulukko 37. Työntekijöihin kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus laadullisissa tutkimuksissa
- Taulukko 38. Intervention aiheuttamat muutokset organisaatiossa tai palvelujärjestelmässä (n = 40)
- Taulukko 39. Palvelujärjestelmään kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus laadullisissa tutkimuksissa

# Kuviot

- Kuvio 1. Lasten palveluja tarjoavien tahojen moninaisuus lapsen ja perheen elämänkulun eri vaiheissa
- Kuvio 2. Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun vaiheittainen arviointi

# Lyhenteet

AAPI	Adult-Adolescent Parenting Index
ASEBA	Achenbach System of Empirically Based Assessment
ASQ	Ages and Stages Questionnaires
BAS	British Ability Test
BDI	Beck Depression Inventory
BSID	Bayley Scale for Infant Development
CAGE	Drug- and Alcohol Screening
CAP	Child Abuse Potential Inventory
CBCL	Child Behaviour Checklist
CBM	Curriculum -based measurement
CCT	Children's Category Test
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CPRS	Conners' Parents Rating Scale
CSACD	Collaboration and Satisfaction about Care Decisions Questionnaire
CSEI	Coopersmith Self-Esteem Inventory
CTRS	Conners' Teacher Rating Scale
CTS2	Revised Conflict Tactics Scale
CTS-PC	Straus's Parent-Child Conflict Tactics Scale
DCS	Decisional Conflict Scale
DISC	Diagnostic Inventory for Screening Children
EBASS	Ecobehavioral Assessment System
ECBI	Eyberg Child Behaviour Inventory
EVT	Expressive Vocabulary Test
FAF	Family Assessment Form
FAST	Practice Profile
FPSI	Family Problem Solving Instrument
FSC	Kempe Family Stress Checklist
GES	Group Environment Scale - Short Form
HOME	Home Observation for Measurement of the Environment
ICI	The Infant Caregiving Inventory
ICS	Infant Care Survey
IED	Brigance Inventory of Early Development
ILAD	Interactive Language Assessment Device
IPA	Index of Parental Inventory
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List
KIDI	Knowledge of Infant Development Inventory
MCSDS	Merlowe-Crowne Social Desirability Scale
MeSH	Medical Subject Heading



MHI-5	Mental Health Index
MSES	The Maternal Self Efficacy Scale
NCAST	Nursing Child Assessment Satellite Teaching
NCFAS	North Carolina Family Assessment Scale
NTIS	Neonatal Therapeutic Intervention Scale
PACQLQ	Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire
PALS	Phonological Awareness and Literacy Screening
PDH	Parenting Daily Hassles Scale
PKBS	Preschool and Kindergarten Behaviour Scale
PPVT-III	Peabody Picture Vocabulary Test-III
PS	The Parenting Scale
PSI	Parenting Stress Index
PSOC	Parenting Sense of Competence
PSS	Perceived Stress Inventory Scale -Short Version
SCARF	Supporting Children and Responding to Families
SCL-90	The Symptom Checklist -90 -Revised
SSRS	Social Skills Rating System
TAI	Therapy Attitude Inventory
TELD	Test of Early Language Development
TRF	Teacher Report Form
TVPS-3	Test of Visual Perception Skills
URICA	University of Rhode Island Change Assessment
VABS	Vineland Adaptive Behaviour Scales Interview Edition, Survey Form
WPL-R	What a Being a Parent of a New Baby

# 1 Johdanto

## 1.1 Katsauksen tarkoitus

Tämän järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on selvittää, millaiset rakenteet ja toimintatavat ohjaavat työntekijöiden keskinäistä sekä työntekijöiden ja lapsiperheiden välistä yhteistyötä odotusajasta kouluikään sekä miten vaikuttavia nämä ovat. Järjestelmällinen katsaus on osa laajempaa Lapsiperhepalveluiden yhteistyökäytäntöjen johtaminen (LapsYTY) -hanketta, jossa edistetään lasten hyvinvointia ja terveyttä lapsen ja perheen näkökulmasta sekä ongelmien varhaista tunnistamista ja tuen oikea-aikaista järjestämistä. Tavoitteena on lisätä kunnan terveys-, sosiaali- ja koulutoimen sekä muiden lapsiperheiden parissa työskentelevien tahojen keskinäistä yhteistyötä ja tiedon kulkua lapsen ja hänen perheensä siirtyessä palvelujärjestelmästä toiseen tai ollessa samanaikaisesti usean eri palvelun käyttäjä.

## 1.2 Lapsiperheitä tukevat palvelut lapsen kasvu- ja kehitysympäristössä

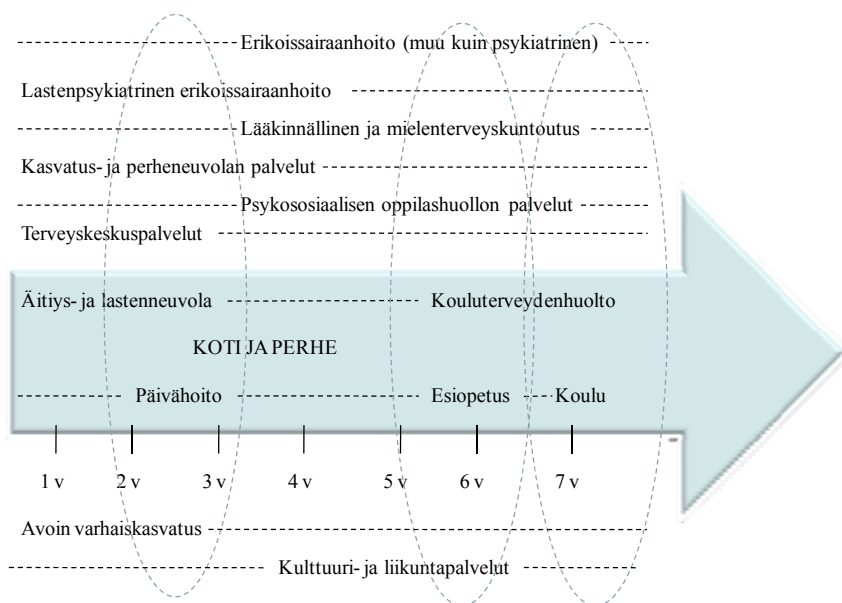
Lasten ja perheiden palvelujen kehittämisen haasteet liittyvät lasten ja perheiden avun tarpeiden kasvuun, palvelujen käyttäjien aktivoitumiseen, voimavarojen vähenemiseen ja palvelurakenteen pirstoutuneisuuteen. Lasten terveys ja hyvinvointi ovat parantuneet Suomessa viime vuosina, mutta terveyserot ovat siitä huolimatta kasvaneet ja huonosti voivat lapset voivat entistä huonommin. Erityisesti psykososiaalinen pahoinvointi on lisääntynyt 1990- ja 2000-luvuilla ja huonosti voivia ja aikuisten tukea tarvitsevia lapsia on arvioitu olevan 25–35 prosenttia kaikista lapsista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; Rajantie & Perheentupa 2005).

Ensisijainen vastuu lasten terveydestä ja hyvinvoinnista on vanhemmilla. Kunnan ja valtion tehtävänä on tukea perheitä järjestämällä tarkoituksenmukaisia palveluja. Julkisen vallan (valtio ja kunta) vastuu korostuu etenkin silloin, kun vanhempien voimavarat ovat alentuneet tai vähäiset. Lasten pahoinvoinnin kasvuun ovat todennäköisesti vaikuttaneet myös kunnissa tehdyt päätökset ennaltaehkäisevien palvelujen supistamisesta. Seurauksena on ollut, ettei ongelmia havaita tai niihin puututa riittävän ajoissa. Toteutetulla hyvinvointipolitiikalla on siis yhteys lapsiperheiden tilanteeseen. Sen vuoksi useissa kunnissa on jouduttu laaja-alaisesta terveyden ja

hyvinvoinnin tukemisesta ja ongelmien ennaltaehkäisystä jälkikäteiseen ongelmien korjaamiseen.

Useat tekijät ovat lisänneet arjen haasteellisuutta. Perherakenteet ja perheen arki ovat monimutkaistuneet. Muun muassa parisuhdeongelmat sekä avio- ja avoerot ovat lisääntyneet. Yksinhuoltajien määrä on kasvanut ja tätä nykyä heitä on noin 20 prosenttia perheistä (Tilastokeskus 2009). Myös alkoholin ja muiden päihteiden käyttö on lisääntynyt lapsiperheissä. (Pajulo & Tamminen 2002; Halme 2009; Järvinen ym. 2009) Tämän vuosituhannen vanhempien voimavaroja kuormittaviksi tekijöiksi ovatkin nousseet stressi, epävarmuus vanhempana, vanhemmuuden roolin sovittaminen arkielämään, työn ja perhe-elämän yhdistäminen, parisuhdeongelmat sekä vaikeiden tunteiden, kuten suuttumuksen hallinta ristiriitatilanteissa (Janhunen & Oulasmaa 2008). Nämä ongelmat heijastuvat vaikeutena löytää arjessa riittävästi aikaa lapselle sekä vaikeutena rakentaa turvallinen ja luottamuksellinen suhde lapsen ja vanhemman välillä (Sinkkonen & Kalland 2001; O'Brian & Peyton 2002; Peltoniemi 2005; Leonard & Eiden 2007; Halme 2009).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on paljon odotuksia ja haasteita. Kunnissa lasta odottavien ja alle kouluikäisten lasten perheiden terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin palveluja tuottavat useat tahot, jotka kuuluvat kunnissa eri hallintokuntiin. Näitä ovat terveydenhuolto (äitiys- ja lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, muu terveystoimi, erikoissairaanhoido), sosiaalitoimi (päivähoito, sosiaalitoimisto, kasvatus- ja perheneuvolat ym. erityispalvelut), esiopetus sosiaali- tai opetustoimessa, opetustoimi, kulttuuri- ja liikuntatoimi sekä kolmas (esimerkiksi järjestöt, seurakunta) ja yksityinen sektori. Joissakin kunnissa sosiaalihuolto ja terveydenhuolto toimivat yhdistettyinä. Esiopetus on osassa kuntia sosiaalitoimessa ja osassa opetustoimessa. Muita palveluita voivat olla muun muassa Kansaneläkelaitoksen (KELA) tai vertaistuen kautta saatava tuki. (Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2007a.) (Kuvio 1.)



**Kuvio 1. Lasten palveluja tarjoavien tahojen moninaisuus lapsen ja perheen elämänsä eri vaiheissa (Lähde: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2007a)**

## 1.2.1 Lapsen kasvua ja kehitystä tukevat peruspalvelut

### Lasten palvelut kasvu- ja kehitysympäristössä

Kunnan järjestämässä *päivähoidossa* 0–6-vuotiaista lapsista oli vuonna 2005 vajaa puolet (46 %) (Färkkilä ym. 2006). Kunnan koko on yhteydessä lasten osallistumiseen päivähoitoon: keskiuurissa kunnissa osallistuminen on aktiivisinta ja pienissä kunnissa vähäisintä (Välimäki & Lindberg 2007). Päivähoidossa oli vuonna 2005 yhteensä 179 585 lasta, joista 71 prosenttia päiväkodeissa, 21 prosenttia perhepäivähoidossa ja kahdeksan prosenttia ryhmäperhepäivähoidossa. Lapsia, joiden varhaiskasvatus- tai kuntoutussuunnitelmassa on määritelty erityisen tuen tarve ja tuen järjestämisen tavat, oli kaikista kunnan järjestämässä päivähoitossa olevista lapsista noin seitsemän prosenttia. (Färkkilä ym. 2006.) Euroopan tasolla tarkasteltuna julkisen varhaiskasvatuksen (päivähoito) käyttö on kuitenkin Suomessa vähäistä (OECD 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a).

Osallistuminen päivähoitoon vaihtelee lapsen iän mukaan. Alle kolmevuotiaista 23 prosenttia oli päivähoitossa vuonna 2005. Iän myötä päivähoitoon osallistumisprosentti nousee: 3–5-vuotiaista lapsista oli kunnan järjestämässä päivähoitossa 62 prosenttia ja kuusivuotiaista 67 prosenttia osallistui esiopetuksen lisäksi päivähoi-

toon. Noin prosentti kuusivuotiaista osallistui vain päivähoidon. (Färkkilä ym. 2006.)

Päivähoidolle on asetettu myös kasvatuskumppanuuden ohella moniammatillisen yhteistyön haasteita. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu päivähoidossa useiden lasta tutkivien ja hoitavien tahojen esimerkiksi lastenneuvola, erityispäivähoito, kouluterveydenhuolto, oppilashuolto, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, perhepalvelut ja lastensuojelu kanssa. Kuntia edellytetään varhaiskasvatussuunnitelmassaan laatimaan kuvaus siitä, miten tätä yhteistyötä tehdään: toiminnalle luodaan rakenteet, toimivat käytännöt ja arviointimenetelmät. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 2005.)

*Avoim varhaiskasvatus* tarjoaa toimintamahdollisuuksia ja tukea muun muassa kotona oleville lapsille sekä heidän vanhemmilleen, perhepäivähoitajille ja heidän lapsiryhmilleen sekä pienille koululaisille. Avoimeen kunnan tai kolmannen sektorin antamaan varhaiskasvatukseen (esimerkiksi puisto- ym. kerhot, perhekeskustoiminta) osallistuvien osuutta ei tarkkaan tiedetä. Vuonna 2005 tehdyn selvityksen mukaan noin puolet kunnista (46 %) järjesti päivähoidon lisäksi leikkitoimintaa jossain muodossa tai vastaavasti jotain muuta avointa varhaiskasvatustoimintaa. Yleisimmät tällaisen toiminnan muodot olivat selvityksen mukaan kerhotoiminta, jota järjesti yksin tai yhteistyössä esimerkiksi seurakunnan kanssa 22 prosenttia kunnista, sekä leikkipuistotoiminta, jota järjesti noin 20 prosenttia kunnista. Leikkitoimintaan ja muuhun avoimeen varhaiskasvatukseen osallistui vuonna 2005 kunnissa yhteensä 21 643 lasta. (Färkkilä ym. 2006.)

*Esiopetus* on kuusivuotiaiden lasten suunnitelmallista varhaiskasvatukseen liittyvää opetusta ja kasvatusta, jota järjestetään kunnan päätöksen mukaisesti päivähoitopaikassa, koulussa tai muussa soveltuvassa paikassa. Esiopetuksen tavoitteena on edistää lapsen oppimisen valmiuksia ja helpottaa siirtymistä perusopetukseen. Vuodesta 2001 alkaen esiopetuksen järjestäminen on ollut kuntien velvollisuus ja jokaisella lapsella on subjektiivinen oikeus maksuttomaan esiopetukseen. Suomessa esiopetukseen osallistuu noin 96 prosenttia lapsista (Opetusministeriö 2004).

Perusopetuslain (1998/628) mukaan oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Esiopetuksen oppilashuolto on lapsen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtimista. Esiopetuksen oppilashuollon tavoitteena on luoda terve ja turvallinen kasvu- ja oppimisympäristö sekä lapsen kehityksen ja oppimisen esteiden varhainen tunnistaminen ja tuen oikea-aikainen järjestäminen sekä lapsen syrjäytymisen ehkäiseminen. Syrjäytymiskehitystä ennakoiiviin tekijöihin kuuluvat muuan muassa oppimisvaikeudet ja ongelmat lapsen itsetunnon. Oppimisvaikeuksia ennakoivien asioiden tunnistaminen, niihin puuttuminen ja lapsen ja hänen perheensä tukeminen lapsen ongelmassa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ehkäisee syrjäytymiskäyttäytymistä. (Stranden 1998; Lavikainen ym. 2006.)

## Terveystenhuollon peruspalvelut

Perheet tulevat ensin *äitiys- ja lastenneuvoloiden* palvelujen piiriin. Nämä palvelut tavoittavat lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisten lasten perheet; vain 0,2 prosenttia ei käy äitiysneuvolassa (Taskinen 2007). On arvioitu, että äitiysneuvolapalveluja käyttää vuosittain noin 58 000 lasta odottavaa perhettä ja lastenneuvolapalveluja noin 285 000 perhettä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Syntymärekisteri 2009) Vaikka isien osallistuminen äitiys- ja lastenneuvolan vastaanottokäynneille ja perhevalmennukseen on viime vuosien aikana lisääntynyt, arviolta vain noin kolmannes isistä osallistuu äitiys- tai lastenneuvolan vastaanottokäynneille yhdessä kumppaninsa kanssa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005).

Neuvolapalveluissa keskeisellä sijalla ovat erilaiset määräaikaisseurannat ja seulonnot, sekä niihin liittyvä perheiden ohjaus ja tukeminen. Neuvolatyön toimintavoiksi on suositettu perhe- ja voimavaralähtöistä työtettä, vertaistukitoimintaa sekä parisuhteen tukemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004; 2008a). Koska lasten psykososiaaliset oireet, turvattomuus, ylipaino, oppimisvaikeudet sekä vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä kaltoinkohtelu perheissä ovat lisääntyneet, neuvolalta edellytetään myös ongelmien varhaista tunnistamista ja tuen oikea-aikaista järjestämistä esimerkiksi lisä- ja kotikäyntien, perhetyöntekijän työpanoksen sekä moniammatillisista hoitopoluista sopimisen avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004; 2008a).

Synnytyssairaalan sekä äitiys- ja lastenneuvolan välisestä palveluketjusta lapsiperheiden saamat palvelut laajenevat muihin terveys-, sosiaali- ja koulutoimen palveluihin. Eräs merkittävä pikkulapsivaiheen taitekohta on siirtyminen lastenneuvolasta kouluterveydenhuollon piiriin. Siirtymävaihe *kouluterveydenhuoltoon* toteutetaan siten, että lapsen kasvun ja kehityksen seuranta ja sen tukeminen jatkuisivat kouluterveydenhuollossa. Kouluterveydenhuolto jatkaa lapsen terveydentilan pitkäaikaisseurantaa sekä lapsen kasvun ja kehityksen tukemista. Se tähtää kokonaiskehityksen ja terveydentilan edistämiseen tukemalla terveellisten elämäntapojen omaksumista. Yhteistyötä tehdään lasten vanhempien, opettajien ja muun oppilashuollon henkilöstön kanssa yli ammattirajojen ja sektorijaon. Kouluterveydenhuolto on myös osa oppilashuoltoa, johon lisäksi kuuluvat muuan muassa koulupsykologi- ja kuraattoripalvelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004; 2008a). Kouluterveydenhuollossa yhteistyö vanhempien ja työntekijöiden välillä perustuu luottamukselliselle suhteelle. Se pitää sisällään mm. vanhempien osallistumisen lapsen terveystarkastuksiin, yhteydenpidon puhelimitse, terveystarkastus sekä osallistumisen vanhempainiltoihin. Useimmat vanhemmat osallistuvat lapsensa kanssa kouluuntulotarkastukseen. Tämän lisäksi vanhemmat tavataan tarvittaessa, usein jos lapsella on joitain erityistarpeita. Onnistunut yhteistyö edellyttää, että vanhemmat ja kouluterveydenhuollon toimijat tuntevat toisensa, jolloin yhteydenoton kynnyks on madaltuu.

Lapsiperheiden on todettu myös olevan ahkerimpia *terveyskeskuspalvelujen* (ajanvaraus- ja päivystysvastaanotot) käyttäjiä vuosittaisilla käyntimäärillä mitattuna.

On arvioitu, että hieman yli puolet lapsiperheistä käy terveyskeskuksessa yhdestä kolmeen kertaan vuodessa, noin 40 prosenttia neljästä yhdeksään kertaan ja noin seitsemän prosenttia käy terveyskeskuksessa 10 kertaa tai useammin vuodessa. (Kytö ym. 2008.) Perusterveydenhuollolla voidaankin ajatella olevan merkittävä rooli perheiden terveyttä edistäviin elintapoihin vaikuttamisessa ja omaehtoisen terveyden ylläpitämisessä sekä sairauksien hoidossa. Lapsiperheiden saaman tuen kannalta on jatkossa ensiarvoisen tärkeää kiinnittää huomioita peruspalveluissa perheiden omaa vastuunottoa tukevien työtapojen kehittämiseen, perheiden valinnan mahdollisuuksien ja palvelujen saatavuuden parantamiseen sekä ongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja tuen oikea-aikaiseen järjestämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, b).

Opetusministeriö on viime vuosina myöntänyt useille kunnille valtion erityisavustusta esi- ja perusopetuksen *oppilashuollon* palvelurakenteen ja laadun kehittämiseen. Tavoitteena on, että oppilashuollon toimenpiteet ovat jatkossa osa lasten ja nuorten palvelujärjestelmää ja palvelurakenteen toimivuus paranee lapsen, perheen sekä opetus, sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön näkökulmista. Selvitysten mukaan etenkin psykososiaalisten oppilashuollon palvelujen riittävydessä on puutteita koko maassa. Erityisesti koulupsykologi- ja kuraattoripalveluja on lasten tarpeisiin nähden liian vähän. Myös oppilashuollon jatkuvuuteen lapsen siirtyessä esiopetuksesta kouluun tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Oppilashuoltoa koordinoivien ryhmien (hyvinvointitiimit, oppilashuoltotyöryhmät) osuuden on todettu kuntatasolla olevan merkittävästi vähäisempiä esiopetuksessa kuin perusopetuksessa. Myös varhaiskasvatuksen henkilöstön osaamista (esimerkiksi kodin ja koulun välinen yhteistyö ja perhekeskeiset toimintavat) voitaisiin hyödyntää oppilashuollossa nykyistä enemmän. (Konu 2002; Heinämäki 2007; Rimpelä ym. 2007; 2008; Peltonen 2008; Tuittu ym. 2009).

### 1.2.2 Erityistason palvelut

Kunnallisten *kasvatus- ja perheneuvoloiden* asiakaskäyntimäärä on noussut voimakkaasti 1990-luvulla ja vakiintunut suhteellisen korkealle tasolle. Kasvatus- ja perheneuvoloiden palvelupisteitä oli vuonna 2007 kaikkiaan 188. Palvelun piirissä olevia perheitä oli noin 32 000 ja käyntejä yhteensä noin 380 000. Suurimmassa osassa kuntia tai kuntayhtymiä perheneuvolat on integroitu muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Erillinen kasvatus- ja perheneuvonnan yksikkö on vielä toistaiseksi yleisin toimipaikkatyyppi (41 % perheneuvoloista), mutta niiden osuus on vähentynyt vuodesta 2002. Kolmannes perheneuvoloista toimii osana laajempaa palveluyksikköä, jossa perheille on tarjolla muitakin palveluja (esimerkiksi mieleterveys- ja päihdepalvelut ja muut lapsiperhepalvelut). Vuonna 2007 perheneuvoloissa käyneistä 58

prosenttia oli aikuisia ja 42 prosenttia lapsia. Yli puolessa tapauksista (54 %) kasvat-  
tus- ja perheneuvolaan oli hakeuduttu jonkin lapsen liittyvän ongelman vuoksi.  
Perheongelmat olivat syynä 21 prosentissa, perheasioiden sovittelu 13 prosentissa,  
parisuhdeongelmat kuudessa prosentissa ja lausuntopyyntö kahdessa prosentissa  
tapauksista. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2008a.)

Lasten ja perheiden *lääkinnällistä ja mielenterveyskuntoutusta* ei voida tai sitä ei  
ainakaan tulisi tarkastella irrallisena kokonaisuutena, vaan se olisi nähtävä laaja-  
alaisena perheiden ja lapsen kasvu- ja kehitysympäristöjen tarkasteluna. Lapsen ja  
perheen tukeminen edellyttää, että lääkinällisen (esimerkiksi lasten puhe- ja toimin-  
taterapia) ja mielenterveyskuntoutuksen piiriin otetaan kaikki lapsen kehitykseen  
vaikuttavat ympäristöt, joita ovat esimerkiksi oma perhe, päivähoito, esiopetus ja  
koulu. Kuntoutusta ja lasten mielenterveyspalveluita on tällä vuosikymmenellä to-  
teutettu yhä enemmän erityistason palveluina. Samanaikaisesti esimerkiksi kodin  
ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kasvanut ja psykiatrinen sairaalahoito  
lisääntynyt. Mielenterveyttä tukevat peruspalvelut ovatkin usein jääneet puuttellisik-  
si ja hajanaisiksi sekä niiden tarjonta vaihdellut alueellisesti suuresti. Lisäksi palve-  
lujen jakautuminen eri sektoreille on johtanut siihen, ettei palvelukokonaisuuksia ole  
ollut mahdollista kehittää suunnitelmallisesti. (Solantaus 2008.)

Lasten ja nuorten *psykiatrinen erikoissairaanhoito* on lisääntynyt merkittävästi  
viimeisen kymmenen vuoden aikana. Esimerkiksi 0–12-vuotiaiden lastenpsykiatrian  
avokäynnit ovat kaksinkertaistuneet vuodesta 1994 vuoteen 2006. Vuonna 1994  
lasten avokäyntejä oli 65 käyntiä tuhatta lasta kohti, kun se vuonna 2006 oli jo 155  
käyntiä tuhatta lasta kohti. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus  
2008b.) On arvioitu, että tutkimusta ja hoitoa vaativia psyykkisiä häiriöitä esiintyisi  
ainakin 10 prosentilla alle 12-vuotiaista, joista noin puolet tarvitsisi pitkäaikaisia  
erikoissairaanhoidon palveluja. Samalla on myös arvioitu, että noin 10 prosenttia  
perheistä on kykenemättömiä antamaan lapsilleen terveen psykososiaalisen kehi-  
tyspohjan. (Rajantie & Perheentupa 2005.)

Kaikkiaan 59 766 alle 10-vuotiaasta lasta käytti *somaattisen erikoissairaanhoidon*  
palveluja vuonna 2007. Päivystysluonteisesti alkaneiden hoitajaksojen osuus oli 42  
prosenttia kaikista lasten hoitajaksoista. Hoitajaksojen keskimääräinen pituus oli 2,7  
vuorokautta. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2008c.)

### 1.2.3 Kolmannen sektorin palvelut

Kolmas sektori on enenevästi mukana järjestämässä palveluita lapsille ja perheille.  
Kolmannen sektorin palveluja antavat järjestöt, yhdistykset, vertaisryhmät, seura-  
kunnat ja muu vapaaehtoistoiminta. Kolmannen sektorin on toivottu ottavan vastuu-  
ta varinkin ennaltaehkäisevästä työstä, mutta myös lasten palveluista. Kunnat myös  
ostavat yhä enemmän järjestöjen tuottamia palveluita.



Kirkko ja seurakunnat tekevät kunnissa laaja-alaista lapsi- ja perhetyötä. Päiväkerhotyö on ollut vuosikymmeniä kirkon lapsityön keskeisin toimintamuoto. Subjektiiivinen oikeus päivähoitoon ja kunnille velvoitteeksi tullut maksuttoman esiopetuksen tarjoaminen vuodesta 2003 ovat kuitenkin laskeneet päiväkerhoihin osallistuvien lasten määrää. Vuonna 2007 seurakuntien järjestämiin päiväkerhoihin osallistui 36 prosenttia kolmesta viiteen vuotiaitten ikäluokasta. (Kirkon tutkimuskeskus 2008.) Tämän lisäksi puolessa seurakunnista päiväkerhotoimintaa oli suunnattu myös alle kolmevuotiaille ja osassa seurakunnista (22 %) toimi myös erikseen kuusivuotiaiden esikouluikäisten päiväkerhoryhmiä. Vuonna 2007 päiväkerholaisia oli kaikkiaan 62 000, joista tyttöjen osuus oli 52 prosenttia. (Kirkon tutkimuskeskus 2008.)

Pyhäkoulutyö kohdistuu valtaosin samaan ikäryhmään kuin päiväkerhotyö. Vuonna 2007 pyhäkouluun osallistui yhteensä 29 000 lasta. Muskariryhmiä järjesti 20 prosenttia ja muita lasten musiikkikerhoja 17 prosenttia seurakunnista. Niihin osallistui yli 2 700 lasta. Perhekerhoilla oli vuonna 2007 yhteensä 1,19 miljoonaa käyntiä, joista 460 000 oli aikuisten ja 734 000 lasten käyntiä. (Kirkon tutkimuskeskus 2008.)

Miltei 70 prosenttia seurakunnista teki yhteistyötä neuvoloiden kanssa: viidennes seurakunnista (21 %) säännöllisesti ja puolet (47 %) satunnaisesti. Merkittävä osa seurakuntien varhaiskasvatuksesta toteutettiin yhteistyössä kunnallisen varhaiskasvatuksen kanssa. Seurakunnilla oli aktiivisia yhteyksiä sekä yhteiskunnan varhaiskasvatukseen että esiopetukseen. Käytännössä yhteistyö tarkoittaa perinteisiä vierailuja päivänavausten ja jumalanpalvelusten merkeissä, mutta myös esimerkiksi materiaaliapua ja yhteisiä koulutuspäiviä.

Kirkon perheneuvonnan asiakkaita oli vuonna 2007 yli 17 000, joista naisia 60 prosenttia. Perheneuvontaan hakeutumisen syistä yleisimpiä olivat parisuhteeseen liittyvät vaikeudet. Lisäksi järjestettiin lähes 400 erityisesti aviopareille suunnattua tilaisuutta. (Kirkon tutkimuskeskus 2008.)

Varhain omaksutulla liikunnallisella elämäntavalla on monia positiivisia vaikutuksia tulevaan terveydentilaan ja elämänlaatuun (Heinonen & Kujala 2005). Liikuntaharrastusta voidaan pitää psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kasvuympäristönä, jossa on mahdollista edistää liikunnallista elämäntapaa, saada voitoista ja häviöistä kasvattavia kokemuksia, tuottaa elämyksiä sekä tukea keskittymiskyvyn ja kaverisuhteiden kehittymistä.

Liikuntaharrastuksen suhteen *urheiluseuroilla* on erittäin merkittävä osuus. Suomessa toimii yli 7 000 liikunta- ja urheiluseuraa ja niissä on yli 1,1 miljoonaa jäsentä. Urheiluseurat ovat suurin organisoitua liikuntaa järjestävä taho: 352 000 lasta ja nuorta harrastaa liikuntaa ja urheilua seuroissa. (Heinonen & Kujala 2005.) Aiempiin tutkimuksiin verrattuna seuraharrastajien määrä on lisääntynyt. Pojat ovat seuratoiminnassa mukana useammin kuin tytöt. Seurat vetävät suhteellisesti eniten 7–11-vuotiaita harrastajia.

Lasten ja nuorten *kulttuuri- ja vapaa-ajan palvelujen* järjestämisessä korostuu kunnan harkintavalta. Lasten kulttuuripalvelujen järjestäminen ei ole lakisääteistä.

Taiteen perusopetusta säätelee laki, mutta sen järjestämisestä päättää kunta. Nuorisolaki ei velvoita kuntaa määrällisesti eikä laadullisesti määriteltyyn toimintaan.

## 1.3 Yhteistyö lapsen kasvun ja kehityksen eri vaiheissa

### 1.3.1 Kasvun ja kehityksen taitekohdat

Lapsiperheille palveluja tuottavat siis useat julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tahot, joilla tutkimusten mukaan on vähän tai ei lainkaan keskinäistä yhteistyötä eikä vastuista ole sovittu. Ongelmana on myös, että varhaista tukea tai erityispalveluja saadaan lapsen kehitysympäristöön vain vähän. (Välimäki 1998.) Lasten ja perheiden palveluja yhteen sovittamalla pyritään estämään ongelmien pahenemista ja kasaantumista sekä huonojen lähtökohtien periytymistä. Tämä edellyttää sellaisia palveluja, joilla pyritään ehkäisemään huoltien syvenemistä vaikeiksi, monimuotoisiksi ongelmiksi tunnistamalla huolenaiheita mahdollisimman varhain sekä palvelujen saamista eheäksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi yli sektori- ja aluerajojen. Näiden asioiden kehittämistä korostetaan myös kansallisessa Kaste-ohjelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c.)

Perheiden palvelujen tarve sekä palveluiden toimintaympäristöt ovat myös muuttuneet viime vuosien aikana. Perheillä on käytettävissään enemmän tietoa ja odotukset palveluita kohtaan ovat kasvaneet voimakkaasti (Coulter & Magee 2003). Lisäksi lasten ja vanhempien asema palvelujen käyttäjinä ja asiakkaina on muuttunut. Vanhempien ei enää oleteta tyytyvän passiiviseen palvelun vastaanottajan rooliin, vaan perheillä on suurempi mahdollisuus tehdä valintoja ja osallistua päätöksentekoon. Palvelujen tavoitteena on silloin tarjota perheille riittävästi tietoa, tukea ja vaihtoehtoja päätöksenteon tueksi. (Coulter & Magee 2003.) Tämä edellyttää perheen arvojen ja tarpeiden kunnioittamista, palveluiden välistä saumatonta yhteistyötä ja palvelujen yhdistämistä perheen kannalta mielekkääksi kokonaisuudeksi, sujuvaa tiedonkulkua, palveluiden uudelleen suunnittelua sekä ennen kaikkea lapsen ja perheen tuen tarpeen huomioimista uudella tavalla (Picker Institute 2004).

Terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen kehittämisen välttämätön edellytys onkin palveluntuottajien välinen moniammatillinen ja laaja-alainen yhteistyö, jonka tulisi olla hyvin suunniteltua, organisoitua ja johdettua. Lapset ja perheet saattavat olla useiden palvelujen käyttäjiä yhtäaikaaisesti. Palvelun tarjoajat ja lapsen kehitysympäristöt vaihtuvat lapsen kasvaessa, jolloin perheen tuen saanti saattaa viivästyä, tiedon kulku hankaloitua tai palvelut koetaan hajanaisina ilman toimivia yhteistyökäytäntöjä.

Toimivilla ja yhdenmukaisilla yhteistyökäytännöillä on todettu olevan yhteyttä palvelujen ja tuen jatkuvuuteen siirtymävaiheissa, kuten päivähoidon ja koulun aloituksessa tai sen vaihdossa. Yhteyttä on myös lapsen koulumenestykseen, psykososi-

aaliseen hyvinvointiin sekä oman käyttäytymisen hallintaan samoin kuin vanhempien tyytyväisyyteen ja osallisuuteen, luokan ilmapiiriin, opettajien ja perheiden väliseen yhteistyöhön, opetuksen suunnitteluun ja sen yksilölliseen soveltamiseen. Merkittävä yhteys on myös ongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja tuen oikea-aikaiseen järjestämiseen. Aikaisemmin huomiota ei ole juurikaan kiinnitetty lapsen ja perheen kannalta keskeisiin siirtymävaiheisiin, kuten päivähoidon ja koulun aloitukseen ja siirtymään liittyvään palveluiden ja tiedonkulun jatkuvuuteen eri toimijoiden välillä.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin tuotu esille, että lapsen ja perheen elämänsä taitekohdat, kuten lapsen syntymä, päivähoidon tai koulun aloittaminen aiheuttavat lisävaateita vanhemmuudelle sekä lisäävät vanhemmuuteen liittyvää stressiä ja näin ollen ovat yhteydessä lisääntyneeseen vanhempien tuen tarpeeseen. (Newsome 2000) Palvelujen hajanaisuuden ja työntekijöiden vaihtuvuuden on todettu vaikeuttavan lapsen ja hänen perheensä avun hakemista sekä eri järjestelmistä saatujen tukien keskinäistä joustavuutta ja jatkuvuutta. (Esim. Piha ym. 2000.)

Päivähoidon aloitus on merkittävä tapahtuma sekä lapselle että koko perheelle. Ero voi tuntua sekä lapsesta että vanhemmasta stressaavalta ja ahdistavalta. Tämän vuoksi päivähoidon aloitukseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota (Kekkonen 2000; Vilén ym. 2006). Vuonna 2000 tehdyn selvityksen mukaan 17 prosenttia päiväkodeista oli sellaisia, ettei lapselle ollut järjestetty minkäänlaista etukäteistutustumista. Useimmissa päiväkodeissa kuitenkin lapsi ja vanhempi kutsutaan tutustumaan päiväkotiin etukäteen tai lapsi käy leikkimässä tulevassa päiväkotiryhmässään ennen päivähoidon aloitusta. Tämä on oleellista, koska luottamuksellinen ja avoin yhteistyö on onnistuneen päivähoidon perusta eikä varhaiskasvatustyötä voida tehdä ilman vanhempien kanssa tehtävää yhteistyötä. Keskeistä on tukea vanhempia tiedostamaan oma roolinsa äitinä ja isänä sekä kasvattajana. Tämä edellyttää tiivistä yhteistyötä ja monipuolisia toimintatapoja lasten ja perheiden vaihtelevien tarpeiden mukaisesti. Yhteistyön käytännön toteutuksen on kuitenkin todettu vaihtelevan voimakkaasti (Kekkonen 2000; Seilonen 2007).

Lapsen siirtyessä varhaiskasvatuksesta esiopetukseen ja esiopetuksesta kouluun, tulee kiinnittää erityistä huomiota sopivan kouluratkaisun ja tarvittaessa sopivien tukitoimien löytymiseen sekä tarpeellisten tietojen siirtymiseen. Näin turvataan kasvuympäristön tuen jatkuvuus. Koulun aloittaminen merkitsee lapselle siirtymistä varhaislapsuudesta kouluikään ja suojatuista, usein kokopäiväisistä esiopetus- ja varhaiskasvatuspalveluista lapsen itsenäistä toimijuutta vaativiin koulun ympäristöön sekä aamu- ja iltapäivätoimintaan. Hannele Karikosken (2008) mukaan kasvuympäristön toimintakulttuurin muutos esikoulun lapsi- ja leikkikeskeisestä hoito-, kasvatusta ja oppimisympäristöstä koulun opetus- ja oppimiskeskeiseksi lasten työpaikaksi on merkittävä. Samoin esikoulun lapsikeskeisestä ohjaajasta, opettajasta, hoitajasta, 'äidistä' ja vanhempien yhteistyökumppanista tulee koulun myötä erilainen lapsen kanssa työskentelevä aikuinen. Koulussa työntekijä usein mielletään

autoratiivisena, mutta samalla persoonaltaan lämpimänä, lapset usein yksilönä huomioivana ja vanhempien kanssa yhteistyötä tekevänä kasvattajaopettajana.

Yhteistyön kannalta vanhemmat aikaisemmissa tutkimuksissa kokivat esikoulun opettajineen helppona ja huolettomana yhteistyökumppanina. Päivittäisten tapaamisten seurauksena esikoulun henkilöstö ja vanhemmat tulivat tutuiksi ja yhteiskeskustelut lapsen kasvattamisesta toteutuivat luontevasti. Lapsen koulun aloittamisen jälkeen vanhemmat ja opettajat tapasivat harvemmin ja virallisemmin. Yhteistyö opettajan kanssa muuttuu luonteeltaan vähemmän henkilökohtaiseksi ja lapsen kouluoppimiseen liittyväksi. (Karikoski 2008.)

Hannele Karikoski (2008) on myös esittänyt seitsemänkohtaisen lapsen kouluun siirtymistä tukevan toimintasuunnitelman. Siinä tärkeää on lapsen tutustuminen koulukontekstiin (Brotherus 2004), lapsen oppimisen jatkumo, vanhempien osallisuus (Margetts 2002), lasten vastaanottaminen koulukontekstissa, tutustuminen etukäteen opettajaan (Kraft-Sayre & Pianta 2000), vanhempien työnantajan tuki kodin ja koulun yhteistyön toteuttamisessa sekä kodin ja koulun yhteistyö kasvatuskumppanuutena (Kraft-Sayre & Pianta 2000). Jos yhteistyö käynnistyy koulun alkuvaiheessa virallisesti ja muodostuu vain harvoista tapaamisista, sillä ei ole edellytyksiä rakentua luottamukselliseksi vuorovaikutussuhteeksi. Kumppanuusajattelussa korostetaan sitä, miten perhe ja opettajat yhdessä työskentelevät edistääkseen lapsen akateemista ja sosiaalista kasvatusta ja kehitystä. Tällöin vanhemmilla ja opettajalla on luonnollinen tarve jakaa informaatiota lapsesta ja olla toistensa voimavarana. (Christenson 1999; Karikoski 2008.)

### 1.3.2 Lapsiperheiden ja työntekijöiden välinen yhteistyö

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tuotu esille, että vaikka vanhemmat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä palveluihin, niin siitä huolimatta he ovat saattaneet kokea yhteistyön ammattihenkilöstön kanssa lähinnä tiedon vaihtamisena, jota leimaa asioiden yksipuolinen ilmoittaminen tai vanhemmat ovat kokeneet tulleen suljetuksi yhteistyön ulkopuolelle, jolloin he eivät ole kokeneet tulleen täysin kuulluiksi (Doornbos 2002; Rudge & Morse 2004; Jakobsen & Severinsson 2006; Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008). Vanhemmat ovat olleet tyytymättömiä myös yhteistyön määrään. On arvioitu, että vanhemmista jopa 85 prosenttia kokee joitain ongelmia yhteistyössä ammattilaisten kanssa. (Doornbos 2002.) Sen sijaan hyvän vanhempien ja ammattihenkilöstön välisen yhteistyön on koettu vähentävän vanhempien kokemaa stressiä etenkin lapsen ja perheen elämäntilanteeseen, kuten koulun aloittamiseen, liittyvien siirtymien yhteydessä (Newsome 2000) sekä lisäävän työntekijöiden tyytyväisyyttä työhönsä, parantavan työntekijöiden keskinäisiä suhteita ja suhdetta perheeseen sekä parantavan yleensä vuorovaikutusta (Abbot ym. 2005).

Vanhemmat haluavat kuitenkin tulla huomioiduksi oman lapsen asioiden asiantuntijoina (Jakobsen & Severinsson 2006; Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008), jolloin perheen tulisi olla keskeisellä sijalla päätöksenteossa ja tiedon kulusssa (Carter ym. 2007). Tiedon kulkua hankaloittaa myös yhteydenpito ainoastaan esimerkiksi sähköpostin tai puhelimen välityksellä ilman henkilökohtaista kontaktia. (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008.)

Kaikkien toimijoiden halu yhteistyöhön on myös hyvän yhteistyön peruslähtökohta. Jakobsenin ja Severinssonin (2006) tutkimuksessa nousi esille, että aina vanhempia ei haluta mukaan yhteistyöhön. Esimerkiksi yhteisissä keskusteluissa vanhempien voidaan olettaa istuvan passiivisesti kantaa ottamatta työntekijöiden pohtiessa sopivia vaihtoehtoja lapsen tukemiseksi. Vanhemmat kokivat, että työntekijät olivat vain vähän kiinnostuneita yhteistyöstä vanhempien kanssa: vanhempia ei uskottu ja siten vanhemmat kokivat tulevansa väärinymmäretyiksi. (Jakobsen & Severinsson 2006.) Vanhempia onkin useissa tutkimuksissa pidetty yhteistyön aloitteellisina toimijoina (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008) ja jos tätä aloitteellisuutta ei tapahdu, jää yhteistyö vanhempien kanssa vaillinaiseksi.

Toimiva ja luottamuksellinen vuorovaikutus on yksi tärkeimmistä toimivan yhteistyön edellytyksistä (Johnson ym. 2003). Moniammatillisessa työskentelyssä on kuitenkin otettava huomioon, että yhteistyön osapuolet edustavat eri ammatti- ja tieteenaloja, jolloin käytettävät käsitteet, tiedon perusta ja keskustelutavat saattavat olla erilaisia (Miller 1999; Hetherington ym. 2002). Tämä erilaisuus saattaa johtaa erilaiseen käsitykseen terveyden edistämisestä ja vanhempien tarpeista ja tätä kautta vaikeuttaa yhteistyötä (Stanley ym. 2003). Yhteistyötä tehdessä on myös muistettava antaa perheelle aikaa perheenä ja heidän emotionaalista ja psykologista tilaansa on kunnioitettava (Carter ym. 2007).

Yleensä neuvoloiden asiakasperheet ovat palveluihin tyytyväisiä ja suurin osa kokee tulevansa kuulluksi (Löthman-Kilpeläinen 2001, Viljamaa 2003). Korkeammin koulutetut ja vakaan perhetilanteen sekä taloudellisen tilanteen omaavat arvioiva palvelujen toteutuvan muita paremmin, vaikka ovat odotuksiltaan muita vaativampia (Hakulinen-Viitanen ym. 2007). Neuvolan perhekeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden toteutumisessa on kehittämistarvetta (Viljamaa 2003, Hakulinen-Viitanen ym. 2007).

Kouluterveydenhuollon ja vanhempien välistä yhteistyötä selvittävän tutkimuksen mukaan vanhemmat myös luottavat kouluterveydenhoitajien ammattitaitoon ja heidän kykyynsä arvioida lapsen terveyttä ja hyvinvointia. Tieto siitä, että joku seuraa lapsen terveyttä luo vanhemmille turvallisuutta, joskin jotkut vanhemmat kokivat että kouluterveydenhuolto keskittyy lapsen fyysisen terveyden seuraamiseen psyykkisen hyvinvoinnin arvioin jäädessä vähemmälle huomiolle. (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008.) Vanhemmat toivoivat kouluterveydenhoitajan ottavan koulussa näkyvämmän roolin perheiden terveyden edistämisessä. Lisäksi kouluterveydenhoitajalta toivottiin nykyistä enemmän aikaa lapselle ja vanhemmille. Kouluterveydenhoitajil-

ta odotettiin myös nykyistä enemmän sekä kirjallista että suullista palautetta lapsen terveydentilasta. (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008.)

Vanhemmat haluavat osallistua lapsen terveystarkastuksiin ja toivoivat, että kouluterveydenhoitajat kutsuisivat heitä useammin. Kun vanhemmilla oli ollut mahdollisuus olla paikalla, he olivat kokeneet mahdolliseksi ilmaista omia näkemyksiään lapsen terveydestä. Kouluterveydenhoitajat koettiin ystävällisinä ja helposti lähestyttävinä. (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008.)

Sen sijaan kouluterveydenhoitajien tietoa perheestä pidettiin pinnallisena. Lapsen terveyttä ja hyvinvointia tarkasteltiin helposti irrallisena perheestä ja kodista. Vanhempien mielestä perheen tilanteen parempi tunteminen mahdollistaisi kokonaisvaltaisemman lapsen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen. Vanhemmat toivoivat kouluterveydenhuollolta myös enemmän tukea äitinä ja isänä toimimiseen (Mäenpää & Åstedt-Kurki 2008).

### 1.3.3 Työntekijöiden välinen yhteistyö

Lasten ja heidän perheidensä terveyttä edistävät palvelut perustuvat kohtaamiseen ja yhteyksien rakentamiseen. Työ perustuu erilaisiin suhteisiin: lapsen suhde vanhempiinsa, vanhempien keskinäiset suhteet, työntekijöiden suhde lapseen ja vanhempiin, työntekijöiden keskinäiset suhteet ja palveluja hallinnoivien ja niiden järjestämisestä vastuussa olevien henkilöiden sisäiset ja keskinäiset suhteet (Heino 2008). Toimiva yhteistyö eri tasoilla ei synny itsestään ja sitä onkin pidetty vaikeasti saavutettavana (Stanley ym. 2003; Darlington ym. 2004).

Valtakunnallisen neuvolaselvityksen mukaan moniammatillista yhteistyötä tehtiin enimmäkseen tapaus- ja tilannekohtaisesti, ei etukäteen suunnitellen ja yhteistyökäytännöistä sopien. Äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat tekivät aktiivisimmin yhteistyötä kouluterveydenhuollon henkilöstön, puheterapeutin ja psykologin kanssa. Lähes puolet neuvoloiden terveydenhoitajista teki edellä mainittujen ammattihenkilöiden kanssa yhteistyötä vähintään kuukausittain. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005.)

Sen sijaan neuvoloiden ja sosiaalityön sekä päivähoidon välisen yhteistyön on todettu olevan epäsäännöllisempää. Vain kolmannes terveydenhoitajista teki kuukausittain ja vajaa puolet vähintään puolivuositain yhteistyötä sosiaalityön ja päivähoidon henkilöstön kanssa. Perhetyöntekijän kanssa säännöllistä yhteistyötä kuukausittain teki runsas neljännes terveydenhoitajista. Neljännes terveydenhoitajista ei ollut koskaan tehnyt yhteistyötä seurakunnan, päihdepalveluhenkilöstön tai koulutoimen henkilöstön kanssa. Keskeisiä moniammatillista yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä olivat ajankäyttö, tiedonkulku ja työntekijöiden vaihtuvuus. Esiin nousivat myös toisen työn tunteminen, tietosuojakysymykset, verkostotyötaidot ja toimintakulttuuri. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005.)

Yhteinen tavoite ja päämäärä eri toimijoiden välillä ovatkin toimivan yhteistyön perusedellytyksiä (Xyrichs & Lowton 2007). Joissain tutkimuksissa on raportoitu ongelmia yhteisen päämäärän löytymisessä (Rose 1997; 1998). Samoin yhteistyökulttuurin puuttuminen tai yhteistyötä edistävien rakenteiden tai hyvien käytäntöjen puuttuminen hankaloittaa yhteistyötä (Darlington ym. 2005). Tällä hetkellä useissa kunnissa mietitään kuntarakenne-, palvelurakenne-, palkkaus rakenne-, johtamisrakenne- ja tehtävärakennemuutoksia (Heino 2008). Tämä asettaa vaatimuksia yhteistyökulttuurin säilymiselle ja kehittämiselle.

Useissa tutkimuksissa on tuotu myös esille tiedon kulun ongelmat ja vaihtelovollisuuden rajoitteet osana yhteistyötä (Rose ym. 2004; Rudge & Morse 2004; Jakobsen & Severinsson 2006). Toimijoilla ei ole aina tietoa toistensa toiminnasta tai siitä mitä palvelua on saatavilla mistäkin (Johnson ym. 2003; Darlington ym. 2005). Rosen ym. (2004) mukaan tiedon luottamuksellisuutta on käytetty myös perusteena olla kertomatta oleellisia asioita ja syynä puutteelliselle tiedonkululle (Hetherington ym. 2002; Jakobsen & Severinsson 2006).

Väärinymmärrystä tapahtuu myös eri toimijoiden välisessä yhteistyössä (King & Ross 2003; Ross ym. 2005). Eri ammattiryhmään kuuluvat eivät aina ole tietoisia toistensa toimenkuvasta. Tämän on arveltu johtuvan vähäisestä mahdollisuudesta tavata toisia, esimerkiksi koulujen työajat saattavat poiketa oleellisesti esimerkiksi päivähoitossa työskentelevän lastenhoitajan työajasta tai palvelut sijaitsevat fyysisesti etäällä toisistaan. (McCartney 1999.)

Lisäksi paineet vastata oman toiminnan tehokkuudesta ja tuottavuudesta ovat lisääntyneet. Tämän on havaittu useissa tutkimuksissa vähentävän aikaa, joka työnteekijöillä on käytettävissään systemaattisen yhteistyön ylläpitämiseen ja rakentamiseen. (Sheehan ym. 2000; Darlington ym. 2005). Yhteistyötä varten pitäisi varata riittävästi aikaa: yhteydenpidon tulisi olla säännöllistä, verkostoitunutta, jaettavaa ja tarkoituksenmukaista (Carter ym. 2007).

Yvonne Darlingtonin ja Judith A. Feeneyn (2008) tutkimuksessa yhteistyötä edistävät tekijät on jaoteltu 1) vuorovaikutusta tukeviin, 2) ammatillista tietoa ja taitoa edistäviin tekijöihin sekä 3) yhteistyöhön liittyviin resursseihin. Vuorovaikutusta tukevalla organisatorisilla tekijöillä tarkoitetaan organisaatiotason strategioita, yhteistyötä koskevia ohjeita ja protokollia, jotka auttavat selventämään eri palveluntuottajien roolia, tiedonkulkua ja luottamuksellisen tiedon käsittelyä. Organisaatiotasolla tulisi huolehtia siitä, että yhteistyöstä vastaava avainhenkilö on nimetty sekä luoda puitteet yhteisille tapaamisille. Vuorovaikutusta voidaan myös lisätä tapauskohtaisella yhteisellä suunnittelulla ja johtamisella, yhteisillä konferensseilla sekä jakamalla tietoa tapauskohtaisesti. Eri yhteistyön osapuolten välinen suhde perustuu toisen kunnioittamiselle, erilaiselle asiantuntijuudelle ja toisen tuntemiselle. (Darlington & Feeney 2008.)

Henkilökuntaa tulisi myös kouluttaa ja ohjata yhteistyöhön. Koulutusta tulisi järjestää sekä sisäisesti että yhteisesti yli organisaatiorajojen. Koulutuksessa tärkeinä on pidetty tietoa käytettävissä olevista resursseista, tavanomaisista menettelytavoista



eri yhteistyötahojen kanssa, lainsäädännöstä, jonka puitteissa eri osapuolet toimivat, eri toimijoiden asiantuntijuudesta ja niistä perusteista, joiden pohjalta eri toimijat tekevät lasta ja perhettä koskevia päätöksiä. Henkilökunnan ohjaus ja tuki on myös koettu tärkeinä. (Darlington & Feeney 2008.) Ammatillisen osaamisen kehittämises-  
sä tärkeää on tuoda esiin lapsen ja perheen kokonaisvaltaiset tarpeet palveluntarjo-  
ajasta riippumatta. Yhteistyötä tukevia resursseja, kuten henkilökuntaa ja palveluja,  
tulisi kohdentaa etenkin ongelmien ennaltaehkäisyyn, varhaiseen ongelmien tunnis-  
tamiseen ja tuen oikea-aikaiseen järjestämiseen. (Darlington & Feeney 2008.)

### 1.3.4 Velvoite yhteistyöhön: lait säädökset ja ohjelmat

Yhteistyökäytäntöjä pitäisi suunnitella lasten ja perheiden tarpeista ja näkökulmasta lähtien. Tähän tarkoitukseen ei ole olemassa yhtä mallia tai hyvää käytäntöä. Vuon-  
na 2008 tehdyn selvityksen mukaan noin puolet kyselyyn vastanneista terveyskes-  
kuksista oli käynnistänyt kehittämistoimintaa, jonka tavoitteena oli lapsiperheiden  
palvelujen verkostoiminen tai yhteen kokoamisen sekä moniammatillisen yhteistyön  
toimiva organisointi. (Viitala ym. 2008.) Yhteistyötä edistäviä vaikuttavia interven-  
tioita voidaan ohjata ja toteuttaa eri tasoilla: valtakunnallisesti, alueellisesti, paikalli-  
sesti sekä yksikkö- ja perhekohtaisesti.

Tähän saakka yhteistyökäytäntöjen organisointia ja suunnittelua ei ole juuri oh-  
jattu lainsäädännöllä, asetuksilla tai suosituksilla. Nykyisen hallituskauden asetta-  
massa terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa sekä valtakunnallisessa Kaste-  
ohjelmassa sen sijaan palveluiden yhteensovittaminen ja siihen liittyvä yhteistyön  
tarve on nostettu yhdeksi painopistealueeksi. (Terveyden edistämisen politiikkaoh-  
jelma 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c.)

Lasten päivähoito on kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluva sosiaalihuolto-  
lain (710/1982) 17 § mukainen sosiaalipalvelu. Lasten päivähoidosta on säädetty  
yksityiskohtaisemmin päivähoitolaissa (36/1973) ja lasten päivähoidosta annetussa  
asetuksessa (239/1973). Päivähoitoon sovelletaan lisäksi lakia sosiaalihuollon asi-  
akkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). *Päivähoitolaki* muun muassa velvoittaa,  
että erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevan lapsen kuntoutuksen yhteensovittami-  
seksi laaditaan lapselle kuntoutussuunnitelma yhteistyössä lapsen vanhempien ja  
tarpeen mukaan kunnan muun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutoimen kans-  
sa (7a §).

*Päivähoitoasetus* (239/1973) sisältää säännökset mm. päivähoitoon liittyvien ha-  
kemusten käsittelystä ja hakuajoista, hoitoajoista, hoito- ja kasvatushenkilökunnan ja  
lasten välisestä suhdeluvusta ja hoito- ja kasvatushenkilökunnan kelpoisuusehdoista  
päiväkodissa. Asetus ei sisällä säännöksiä yhteistyökäytäntöihin liittyen.

*Lastensuojelulain* (417/2007) mukaan kunnan on laadittava nelivuotiskaudeksi  
suunnitelma lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja lastensuojelun järjestä-



miseksi. Laki velvoittaa myös järjestämään kouluihin erityistyöntekijöiden, kuten psykologin ja kuraattorin palveluita (9 §). Laissa vastuu lapsen hyvinvoinnista on määritetty ensisijaisesti vanhemmille ja huoltajille, joskin kaikki viranomaiset on määrätty tukemaan vanhempia kasvatustehtävässä ja tarjoamaan tarpeellista apua riittävän varhain. Palveluilla tulee myös edistää koulun ja kodin välisen yhteistyön kehittämistä. Lastensuojelulain mukaan kunnalla on myös velvollisuus seurata ja edistää lasten ja nuorten hyvinvointia sekä kehittää palvelujärjestelmää (Lastensuojelulaki 13.4.2007/417, 8 §). Tässä yhteydessä palvelujärjestelmällä tarkoitetaan laajasti niin terveys-, sosiaali- kuin opetustoimenkin perus- ja erityispalveluiden kehittämistehtävää sekä sektorirajat ylittävien yhteistyömuotojen tuottamista (Heino 2008).

*Lastensuojeluasetuksessa* (1010/1983) on muun muassa mainittu, että sosiaalilautakunnan on lastensuojelua järjestäessään oltava tarvittaessa yhteistyössä kunnan ja sen osa-alueiden eri toimintayksiköiden ja viranhaltijoiden samoin kuin muiden kuntien ja kuntainliittojen sekä muiden palveluja järjestävien yhteisöjen ja laitosten kanssa riittävien palvelujen ja asiantuntemuksen turvaamiseksi kunnassa. Lisäksi koulupsykologin ja -kuraattorin tulee toimia yhteistyössä oppilaan, hänen vanhempiensa, häntä hoitavien ja kasvattavien henkilöiden, kouluyhteisön sekä koulutoimen, sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisten ja muiden viranomaisten kanssa.

*Kansanterveyslain* (66/1972) mukaan kunnan tulee huolehtia muun muassa lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalveluista sekä ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy lapsen terveyden seuraaminen ja edistäminen sekä yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa. Laissa on myös säädetty, että kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee osallistua perusopetuslain 15 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen silloin, kun se koskee oppilashuoltoa sekä koulun ja kodin välistä yhteistyötä. Laki myös velvoittaa tekemään yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa (14 §).

*Kansanterveysasetuksessa* (802/1992) ei ole yhteistyökäytäntöjä ohjaavia säädöksiä

Valtioneuvosto antoi toukokuussa 2009 *asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta*. Asetuksessa on määrätty muun muassa palvelujen järjestämisestä siten, että kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen on hyväksyttävä yhtenäinen toimintaohjelma neuvolatyölle ja kouluterveydenhuollolle. Nämä toimintaohjelmat on laadittava yhteistyössä sosiaali- ja opetustoimen kanssa. Asetuksessa mainitaan myös, että terveystarkastusten ja niiden perusteella suunnitellun terveysneuvonnan on muodostettava suunnitelmallinen yksilön ja perheen niihin osallistumisen mahdollistava kokonaisuus. Palveluja järjestettäessä on kiinnitettävä huomiota myös kehitysympäristöihin. Terveystarkastukset ja terveysneuvonta on järjestettävä tarpeen mukaan moniammatillisesti. Alle kouluikäisen lapsen ja oppilaan laajaan terveystarkastukseen sisältyy huoltajien haastattelu ja koko perheen hyvinvoinnin sel-

vittäminen niiltä osin kuin se on välttämätöntä hoidon ja tuen järjestämisen kannalta. Huoltajien kirjallisella suostumuksella laajaan terveystarkastukseen sisältyy päivä-hoidon ja esiopetuksen henkilökunnan arvio alle kouluikäisen lapsen selviytymisestä päivähoitossa ja opettajan arvio oppilaan selviytymisestä koulussa niiltä osin kuin se on välttämätöntä hoidon ja tuen järjestämisen kannalta. Laajoista terveystarkastuksista tehtyä yhteenvetoa on käytettävä arvioitaessa oppilashuollon yhteistyönä luokka- ja kouluyhteisön tilaa ja mahdollisten lisätoimenpiteiden tarvetta.

*Perusopetuslaissa* (628/1998) on säädetty kunnan velvollisuudesta järjestää esi- ja perusopetusta. Esiopetus sijoittuu päivähoiton ja perusopetuksen rajapintaan. Esiopetus on kuitenkin perusopetuslain ja -asetuksen alaista toimintaa riippumatta siitä, järjestetäänkö esiopetus päivähoitossa, koulussa tai muussa soveltuvassa paikassa. Perusopetuslaissa on myös säädetty pienten koululaisten aamu- ja iltapäivätoiminnan järjestämisestä. Laissa on määrätty, että opetuksessa tulee olla yhteistyössä kotien kanssa. Opetussuunnitelman laadinnasta on säädetty siten, että opetushallitus päättää perusopetuksen tavoitteista ja keskeisistä sisällöistä sekä kodin ja koulun yhteistyön ja oppilashuollon keskeisistä periaatteista ja tavoitteista. Opetussuunnitelma tulee, siltä osin kuin sen perusteista säädetään 14 §:n kolme momentissa, laatia yhteistyössä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä hoitavien viranomaisten kanssa. Perusopetuslaki sisältää myös säännökset oppilashuollosta, johon sisältyy opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kansanterveyslaissa tarkoitettu kouluterveydenhuolto ja lastensuojelulaissa tarkoitettu kasvatuksen tukeminen.

*Perusopetusasetuksessa* (853/1998) on tarkennettu perus- ja esiopetuksen järjestämiseen ja sisältöön liittyviä kysymyksiä. Asetuksessa ei ole yhteistyökäytäntöihin viittaavia mainintoja.

*Erikoissairaanhoitolaissa* (1062/1989) on muun muassa säädetty siten, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Valmisteilla oleva ja eduskunnan käsiteltäväksi 2010 keväällä suunniteltu *uusi terveydenhuoltolaki* korvaisi edellä mainitut kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolait. Uudistuksen yhteydessä arvioidaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä rakenteita. Ehdotus sisältää myös pykälän terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, joka velvoittaa kunnat laatimaan poikkihallinnollisen suunnitelman terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja niiden toteutumisen seurannasta. Asiakaslähtöisyyttä lisättäisiin antamalla potilaalle mahdollisuus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä hoidetaan. Lisäksi sairaanhoito- tai terveyspiirin alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissai-

raanhoidon potilasasiakirjat muodostaisivat yhteisen terveydenhuollon potilastietorekisterin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008d.)

*Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa* korostetaan eri tahojen yhteistyötä ja terveyttä edistävää roolia, syrjäytymisuhassa olevien lasten ja lapsiperheiden tukemista sekä lasten hyvinvointia ja seurantaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

*Lasten, nuorten ja perheiden politiikkaohjelman* painopistealueena on ennaltaehkäisevä työ, ongelmien varhainen tunnistaminen ja tuen oikea-aikainen järjestäminen. Ohjelmalla pyritään mm. vahvistamaan perheiden arjen hyvinvointia. Politiikkaohjelma jakautuu kolmeen osa-alueeseen: lapsilähtöinen yhteiskunta, hyvinvoiva lapsiperhe sekä syrjäytymisen ehkäiseminen. (Opetusministeriö 2007.)

*Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste)* eräänä painoalueena on lasten ja perheiden palvelujen uudistaminen kokonaisuutena, jossa huomiota kiinnitetään erityisesti lasten, perheiden ja työntekijöiden väliseen yhteistyöhön sekä palvelujen tuomiseen lapsen kehitysympäristöihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c). Lisäksi alueellisesti ja paikallisesti on kehitetty lukuisia yhteistyökäytäntöjä edistäviä hyviä käytäntöjä.

## 2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa lapsiperhepalveluissa käytössä olevista yhteistyöinterventioista ja niiden vaikuttavuudesta. Tarkastelemme yhtäältä lapsiperheiden sekä hoitoa ja palveluja antavien (työntekijöiden) välisessä, sekä toisaalta hoitoa ja palveluja antavien (työntekijöiden) keskinäisessä yhteistyössä käytettyjä interventioita. Näitä kutsumme yhteistyöinterventioiksi, joilla tarkoitamme toimintatapoja ja näitä tukevia rakenteita. Tarkastelun kohteena ovat alle yhdenkäsävuotiaiden palvelut kuten äitiys- ja lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon palvelut sekä päivähoito, esiopetus ja opetus koulussa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia rakenteita ja toimintatapoja (= yhteistyöinterventioita) on työntekijöiden ja lapsiperheiden välisessä yhteistyössä ja ovatko ne vaikuttavia?
2. Millaisia rakenteita ja toimintatapoja (= yhteistyöinterventioita) on työntekijöiden keskinäisessä yhteistyössä ja ovatko ne vaikuttavia?
3. Millaisia yhteistyötä tukevia palvelujärjestelmään ja organisaatioon (rakenteisiin) kohdistuvia interventioita on ja ovatko ne vaikuttavia?

Näihin kysymyksiin haetaan vastauksia järjestelmällisellä katsauksella. Seuraavassa luvussa (luku 3) on kuvattu järjestelmällisen katsauksen toteuttaminen, luvussa neljä esitetään tulokset ja luvussa viisi pohditaan tulosten merkittävyyttä ja luotettavuutta. Yhteistyöinterventiot esitetään kolmessa kokonaisuudessa: (1) lapsiperheiden ja työntekijöiden väliset ja (2) työntekijöiden keskinäiset interventiot sekä (3) yhteistyötä tukevat organisaatioon/palvelujärjestelmään (rakenteisiin) kohdistuvat interventiot.

## 3 Menetelmät

### 3.1 Alkuperäistutkimusten haku

#### 3.1.1 Lapsiperheitä tukevan yhteistyöintervention määrittely

Tässä katsauksessa etsitään vaikuttavia rakenteita ja toimintatapoja, jotka edistävät lasten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia. Terveiden edistäminen ymmärretään tässä yhteydessä lasten ja heidän perheidensä terveyteen sijoittamisena sekä tietoisena voimavarojen kohdentamisena ja terveyden taustatekijöihin vaikuttamisena. Kunnassa se tarkoittaa kaikkea sitä toimintaa, jonka tavoitteena on lasten ja perheiden terveyden ja toimintakyvyn lisääminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen, ennenaikaisten kuolemien vähentäminen sekä lasten ja perheiden välisten terveyserojen vähentäminen. Yksilötasolla terveyden edistäminen sisältää muun muassa yksilön, perheen ja yhteisön ohjauksen sekä suojaavien tekijöiden vahvistamisen ja voimaannuttamisen huolenpitoon terveydestä. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2007b.)

Lasten ja heidän perheidensä terveyttä ja hyvinvointia edistävien palvelujen edellytyksenä ovat toimivat yhteistyökäytännöt eri toimijoiden välillä. Yhteistyökäytäntöjä tarvitaan lasten ja perheiden hyvinvoinnin lisäämiseksi, ongelmien ehkäisemiseksi, niiden varhaiseksi tunnistamiseksi ja tarpeellisten tukitoimien organisoimiseksi oikeaan aikaan.

Yhteistyökäytäntöjä voidaan kehittää sisäisenä, yhden työyhteisön sisällä tapahtuvana yhteistyönä tai ulkoisena, eri hallintokuntien tai organisaatioiden rajat ylittävänä yhteistyönä (Karila & Nummenmaa 2001). Yhteistyökäytäntöjen tavoitteena on eri asiantuntijoiden ymmärryksen lisääminen, vastavuoroinen oppiminen sekä vastuun ja vallan jakaminen. Keskeistä on palvelujen laadun kehittäminen sekä lapsen ja hänen perheensä tarpeiden parempi kohtaaminen, ei oman asiantuntijuuden korostaminen. (Walsh ym. 1999; Einbinder ym. 2000; Wallenius 2004.)

#### 3.1.2 Tutkimusten valintakriteerit

Tutkimusten valintakriteerit liittyivät tutkimusasetelmaan, kohderyhmään, intervention, yhteistyöhön, tieteellisen julkaisun tasoon sekä kulttuuriseen relevanssiin (taulukko 1).

## Taulukko 1. Tutkimusten valintakriteerit

### Tutkimusasetelmaan liittyvät valintakriteerit

Kuvattu tutkimusasetelma	Meta-analyysi
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Interventiotutkimus
Kokeellinen tutkimus: randomoitu koe-kontrolliasetelma, ei randomoitu koe-kontrolliasetelma, kvasikokeellinen tutkimus, muu kokeellinen tutkimus	Laadullinen tutkimus: fenomenologinen, hermeneuttinen, tapaustutkimus, narratiivinen tutkimus, grounded theory, kriittinen teoria, muu laadullinen tutkimus
Kohorttitutkimus	Poikkileikkaustutkimus
Seurantatutkimus	Retrospektiivinen tutkimus
Prospektiivinen tutkimus	

### Kohderyhmään liittyvät valintakriteerit

0–8-vuotias lapsi	0–8-vuotiaan lapsen perhe tai vanhempi
Työntekijä, työntekijäryhmä tai moniammatillinen tiimi, joka työskentelee 0–8-vuotiaiden lasten tai heidän perheidensä kanssa	Organisaatio tai palvelujärjestelmä, jotka tuottaa palveluja 0–8-vuotiaille lapsille tai heidän perheilleen

### Intervention liittyvät valintakriteerit

Interventio, menetelmä, hyvä käytäntö tai toimintatapa, ohjelma, ohjeistus, suositus, asetus tai säädös kuvattu	Intervention tavoitteena edistää lapsen/perheen ja työntekijän välistä tai työntekijöiden keskistä yhteistyötä tai yhteistyötä tai palvelujärjestelmän toimintaprosesseissa
Interventio sisältää yhteistyötä tai yhteistyökäytäntöjen kuvausta	Intervention tulostuottajana on yhteistyö

### Julkaisun taso

Tieteellinen julkaisu (artikkeli refereeli-lehdessä, väitöskirja tms.)

### Kulttuurinen relevanssi

Mukaan valittiin kaikki tutkimukset julkaisukielestä riippumatta eli kielirajoituksia julkaisun kielen suhteen ei asetettu. Tutkimuksen poissulkukriteerit olivat:

- Muulle kohderyhmälle tuotettavat terveyttä edistävät palvelut
- Ei intervention/ hyvän käytännön kuvausta
- Case reports
- Lääketutkimukset
- Relevanttius, esimerkkinä kulttuurierot

Sisäänottokriteerien toimivuus esiteltiin muutamalla sattumanvaraisesti valitulla alkuperäistutkimuksella, jonka pohjalta laadittiin arviointilomake (liite 4). Lomak-

keen avulla tarkasteltiin systemaattisesti alkuperäisartikkelien vastaavuutta valintakriteereihin.

### 3.1.3 Hakustrategia

Alkuperäistutkimusten hakustrategian luomisessa käytettiin apuna kirjaston informaation palveluja sekä hankkeen projektiryhmältä saatua palautetta. Jotta haku olisi riittävän kattava, alkuperäistutkimuksia haettiin sähköisesti eri artikkeli- ja lehtitietokannoista. (Taulukko 2.) Haut rajattiin ajalle 1.1.2000–31.5.2008.

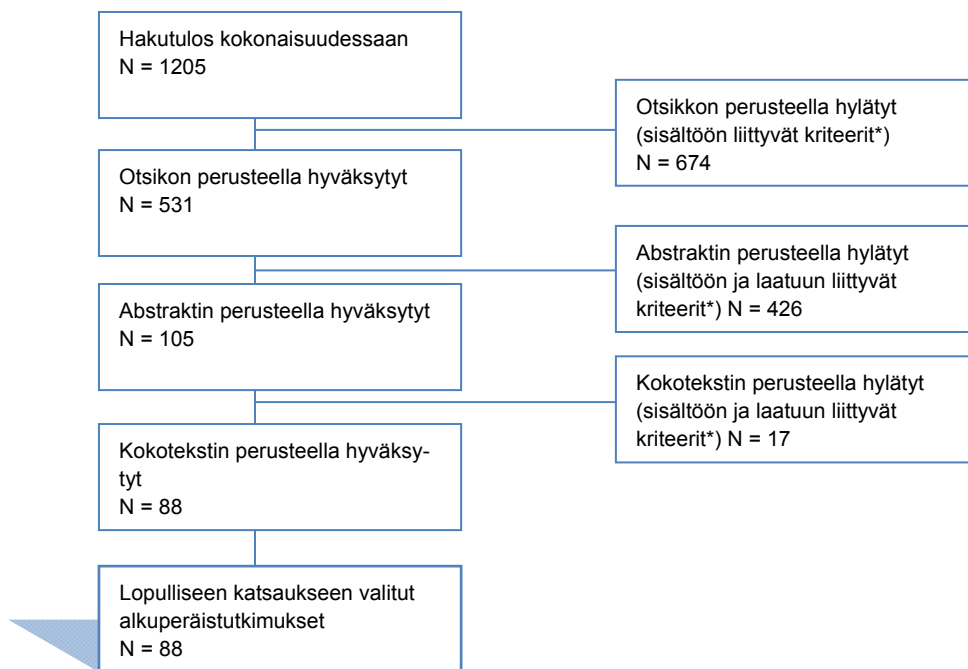
Kullekin tietokannalle laadittiin oma hakustrategiansa, jotka on esitetty raportin liitteenä. Liitteissä 1–3 on nähtävillä hakustrategioiden luomista ohjanneet tekstisat, indeksoidut termit sekä niiden yhdistelmät.

**Taulukko 2. Alkuperäistutkimusten haku artikkeli- ja lehtitietokannoista**

Tietokanta	Tietokanta	Tietokanta	Tietokanta
Cochrane Library	CINHAL	MEDLINE	EBSCOhost
Academic Search Elite	Eric (CSA)	PsycINFO 1840-Current	Social Services Abstracts
Sociological Abstracts	Sigle	Social Care Online	Soc Index
Assia	Mbased	Arto	Linda
Medic	Pro Quest	Science Direct	Wiley
Sage	Springerlink		

## 3.2 Aineiston muodostuminen

Vastaavuutta sisäänottokriteereihin tarkasteltiin portaittain: kaikista alkuperäistutkimuksista luettiin otsikot ja näiden perusteella hyväksyttiin ne, jotka vastasivat sisäänottokriteereitä. Jos vastaavuus ei selvinnyt otsikosta, tehtiin valinta abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. Jos yhdestä alkuperäistutkimuksesta oli useampi julkaisu, valittiin näistä vain kattavin. Haku tuotti 1205 osumaa, joista 88 tutkimusta valikoitui mukaan lopulliseen aineistoon alkuperäistutkimusten laadun ja sisällön relevanssin perusteella. (Kuvio 2.)



**Kuvio 2. Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun vaiheittainen arviointi**

\* Alkuperäistutkimusten valintakriteereiden arviointi esitetty liitteessä 4

Tutkimusten relevanssia ja laatua arvioitaessa täytettiin jokaisesta tutkimuksesta julkaisun perustiedot sekä tarkistettiin sisäänottokriteerien (tutkimusasetelmaan, intervention kohderyhmään, interventioon, yhteistyöhön, julkaisun tasoon ja kulttuuriseen relevanssiin liittyvät kriteerit) täyttyminen. Kaikista sisäänottokriteerit täyttävistä tutkimuksista täytettiin arviointilomake, jossa huomiota kiinnitettiin tutkimuksen (tarkoitus, kohderyhmä, kato, tietolähteet, tiedonkeruumenetelmät, mittarit, keskeiset tulostulokset, seuranta-aika, tiedonkeruun ajankohta, tieteenala, tutkimuksen laatu) ja intervention (menetelmän nimi, intervention kohde, intervention tavoite, toiminnan konteksti, taustateoria, intervention sisältämät toimintatavat, osallistujat, tuottajataho, kesto, keskeinen tulos) ominaisuuksiin. (Liite 4.)

Tutkimusten laadun arviointi toteutettiin seuraavien vaiheiden kautta

1. Tutkimukseen hyväksyttiin tieteellisiin lehtiin hyväksytyt (referee-arvioidut) artikkelit
  - Otsikon sisällön perusteella hyväksytyt (relevanssi)
  - Abstraktin sisällön perusteella hyväksytyt (laatu, relevanssi)
  - Koko artikkelin sisällön perusteella hyväksytyt (laatu, relevanssi)
2. Järjestelmälliseen katsaukseen hyväksytyjen kelvollisten artikkelien laatu
  - Hyvät, keskitaso ja heikot



Valikoituneiden tutkimusten ja niissä käytettyjen menetelmien laadun arvioinnissa huomiota kiinnitettiin tutkimusasetelman vahvuuteen, tutkimuksen laatuun (validiteetti ja otoskoko), tulosten yhdenmukaisuuteen ja sovellettavuuteen sekä käyttöön. Kvantitatiivisten tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin valmista mittaria, Quality Criteria Checklist (taulukko 3), jota sovellettiin tässä tutkimuksessa. Mittari on Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) vuonna 2000 kehittämä strukturoitu lomake, joka sisältää arviointikriteerit empiirisille artikkeleille. Mittari sisältää neljä kysymystä, joiden avulla arvioidaan tutkimuksen relevanttiutta ja 10 kysymystä, jotka arvioivat tutkimuksen laatua.

**Taulukko 3. Kvantitatiivisten tutkimusten laadun arviointiperusteet (Lähde: AHQR 2000)**

RELEVANCE QUESTIONS	
1. Would implementing the studied intervention or procedure (if found successful) result in improved outcomes for the patients/clients/population group?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Did the authors study an outcome (dependent variable) or topic that the patients/clients/population group would care about?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Is the focus of the intervention or procedure (independent variable) or topic of study a common issue of collaboration with 0-7 years old child's families?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Is the intervention or procedure feasible ?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<i>If the answers to all of the above relevance questions are "Yes," the report is eligible for designation with a plus (+) on the Evidence Quality Worksheet, depending on answers to the following validity questions.</i>	
VALIDITY QUESTIONS	
1. Was the <u>research question</u> clearly stated?	<input type="checkbox"/> Yes
a. Was the specific intervention(s) or procedure (independent variable(s)) identified?	<input type="checkbox"/> No
b. Was the outcome(s) (dependent variable(s)) clearly indicated?	
c. Were the target population and setting specified?	
2. Was the <u>selection</u> of study subjects/patients free from bias?	<input type="checkbox"/> Yes
a. Were inclusion/exclusion criteria specified and with sufficient detail and without omitting criteria critical to the study?	<input type="checkbox"/> No
b. Were criteria applied equally to all study groups?	
c. Were demographics, and other characteristics of subjects described?	
d. Were the subjects/patients a representative sample of the relevant population?	
3. Were <u>study groups comparable</u> ?	<input type="checkbox"/> Yes
a. Was the method of assigning subjects/patients to groups described and unbiased? (Method of randomization identified if RCT)	<input type="checkbox"/> No
b. Were distribution of prognostic factors, and other factors (e.g., demographics) similar across study groups at baseline?	
c. Were concurrent controls used? (Concurrent preferred over historical controls.)	
d. If cohort study or cross-sectional study were groups comparable on important confounding factors and/or were preexisting differences accounted for by using appropri-	

<p>ate adjustments in statistical analysis?</p> <p>e. If case control study, were potential confounding factors comparable for cases and controls?</p> <p>If case series or trial with subjects serving as own control, this criterion is not applicable. Criterion may not be applicable in some cross-sectional studies.</p> <p>g. If diagnostic test, was there an independent blind comparison with an appropriate reference standard (e.g., "gold standard")?</p>	
<p>4. Was method of handling <u>withdrawals</u> described?</p> <p>a. Were follow up methods described and the same for all groups?</p> <p>b. Was the number, characteristics of withdrawals (i.e., dropouts, lost to follow up, attrition rate) and/or response rate (cross-sectional studies) described for each group? (Follow up goal for a strong study is 80%)</p> <p>c. Were all enrolled subjects/patients (in the original sample) accounted for?</p> <p>d. Were reasons for withdrawals similar across groups?</p> <p>e. If diagnostic test, was decision to perform reference test not dependent on results of test under study?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. Was <u>blinding</u> used to prevent introduction of bias?</p> <p>a. In intervention study, were subjects, clinicians/practitioners, and investigators blinded to treatment group, as appropriate?</p> <p>b. Were data collectors blinded for outcomes assessment? (If outcome is measured using an objective test, such as a lab value, this criterion is assumed to be met.)</p> <p>c. In cohort study or cross-sectional study, were measurements of outcomes and risk factors blinded?</p> <p>d. In case control study, was case definition explicit and case ascertainment not influenced by exposure status?</p> <p>e. In diagnostic study, were test results blinded to patient history and other test results?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>6. Were <u>intervention</u>/therapeutic regimens/exposure factor or procedure and any comparison(s) described in detail? Were <u>intervening factors</u> described?</p> <p>a. In RCT or other intervention trial, were protocols described for all regimens studied?</p> <p>b. In observational study, were interventions, study settings, and clinicians/provider described?</p> <p>Was the intensity and duration of the intervention or exposure factor sufficient to produce a meaningful effect?</p> <p>d. Was the amount of exposure and, if relevant, subject/patient compliance measured?</p> <p>e. Were co-interventions (e.g., ancillary treatments, other therapies) described?</p> <p>f. Were extra or unplanned treatments described?</p> <p>g. Was the information for 6d, 6e, and 6f assessed the same way for all groups?</p> <p>h. In diagnostic study, were details of test administration and replication sufficient?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>7. Were <u>outcomes</u> clearly defined and the <u>measurements valid and reliable</u>?</p> <p>a. Were primary and secondary endpoints described and relevant to the question?</p> <p>b. Were nutrition measures appropriate to question and outcomes of concern?</p> <p>c. Was the period of follow-up long enough for important outcome(s) to occur?</p> <p>d. Were the observations and measurements based on standard, valid, and reliable data collection instruments/tests/procedures?</p> <p>e. Was the measurement of effect at an appropriate level of precision?</p> <p>f. Were other factors accounted for (measured) that could affect outcomes?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

g. Were the measurements conducted consistently across groups?	
8. Was the <u>statistical analysis</u> appropriate for the study design and type of outcome indicators?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
a. Were statistical analyses adequately described the results reported appropriately?	
b. Were correct statistical tests used and assumptions of test not violated?	
c. Were statistics reported with levels of significance and/or confidence intervals?	
d. Was "intent to treat" analysis of outcomes done (and as appropriate, was there an analysis of outcomes for those maximally exposed or a dose-response analysis)?	
e. Were adequate adjustments made for effects of confounding factors that might have affected the outcomes (e.g., multivariate analyses)?	
f. Was clinical significance as well as statistical significance reported?	
g. If negative findings, was a power calculation reported to address type 2 error?	
9. Are <u>conclusions supported by results</u> with biases and limitations taken into consideration?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
a. Is there a discussion of findings?	
b. Are biases and study limitations identified and discussed?	
10. Is bias due to study's <u>funding or sponsorship</u> unlikely?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
a. Were sources of funding and investigators' affiliations described?	
b. Was there no apparent conflict of interest?	
<p>MINUS/NEGATIVE (-)</p> <p><i>If most (six or more) of the answers to the above validity questions are "No," the report should be designated with a minus (-) symbol on the Evidence Quality Worksheet.</i></p>	
<p>NEUTRAL (O)</p> <p><i>If the answers to validity criteria to questions 2, 3, 6 and 7 do not indicate that the study is exceptionally strong, the report should be designated with a neutral (O) symbol on the Evidence Quality Worksheet.</i></p>	
<p>PLUS/POSITIVE (+)</p> <p><i>If most of the answers to the above validity questions are "Yes" (including criteria 2, 3, 6, 7 and at least one additional "Yes"), the report should be designated with a plus symbol (+) on the Evidence Quality Worksheet.</i></p>	

Laadullisen tutkimuksen arviointi perustui Bromleyn ym. 2002 kehittämään, kansainvälisessä käytössä olevaan luokitukseen (taulukko 4). Luokitus sisältää kuusi erilaista arviointikriteerialuetta. Tarkistuslistat esitettiin muutamaan sattumanvaraisesti valittuun alkuperäistutkimukseen.

**Taulukko 4. Kvalitatiivisten tutkimusten laadun arviointiperusteet (Lähde: Bromley ym. 2002)**

<b>1. Aims of the research</b>	
1.1 Are the aims and objectives of the research clearly stated?	<input type="checkbox"/> Clearly described <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not reported
1.2 Is a qualitative approach appropriate?	<input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not appropriate
<b>2. Study design</b>	
2.1 Is (are) the research question clearly defined and focused?	<input type="checkbox"/> Clearly defined and focused <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not focused <input type="checkbox"/> Not defined
2.2 Are the methods used appropriate to the research question?	<input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Inappropriate
<b>3. Recruitment and data collection</b>	
3.1 Is the recruitment or sampling strategy appropriate to the aims of the research	<input type="checkbox"/> Appropriate <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not appropriate
3.2 Are methods of data collection adequate to answer the research question?	<input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Not adequate <input type="checkbox"/> Not reported
3.3 Are the roles of researchers clearly described?	<input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not reported
3.4 Have ethical issues been addressed adequately?	<input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Not adequate
<b>4. Data analysis</b>	
4.1 Is the data analysis sufficiently rigorous?	<input type="checkbox"/> Rigorous <input type="checkbox"/> Not rigorous
<b>5. Findings/ interpretation</b>	
5.1 Are the findings internally coherent, credible (valid)?	<input type="checkbox"/> Valid <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Potential bias
5.2 Are the findings relevant?	<input type="checkbox"/> Relevant <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/> Limited relevance
<b>6. Implications of research</b>	
6.1 Are the implications of the study clearly reported?	<input type="checkbox"/> Clearly reported <input type="checkbox"/> Unclear
6.2 Is there adequate discussion of the study?	<input type="checkbox"/> Adequate <input type="checkbox"/> Inadequate <input type="checkbox"/> Not reported
<b>OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY</b>	
<i>How well was the study conducted? Code ++, + or -</i>	
<i>Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline</i>	Yes No

### 3.3 Alkuperäistutkimusten analysointi

#### 3.3.1 Sisältöjen luokittelu

Tarkoituksena oli referoida alkuperäistutkimukset järjestelmällistä kirjallisuuskatsausta varten mahdollisimman ytimekkäästi aloittaen laadullisesti tasokkaimmista ja parhaimmin suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään sovellettavasta alkuperäistutkimuksesta (systemoidut katsaukset, satunnaistetut kontrolloidut kokeet, kohorttitutkimukset jne.). Koska laadultaan hyviä tutkimuksia oli mukana vain niukasti, päädyimme ratkaisuun, jossa tulokset on esitetty joko aakkosjärjestyksessä tai luokiteltuna lapseen/vanhempain liittyviin, työntekijöihin sekä palvelujärjestelmään liittyviin tutkimuksiin.

Tutkimusten kuvaileva analyysi perustui deduktiiviseen sisällönanalyysiin. Analyysirunkona toimi tätä tutkimusta varten kehitetty tiedonkeruulomake (liite 4). Alkuperäistutkimuksista raportoituihin lomakkeen mukaiset tiedot (perustiedot, sisäännotokriteereiden tarkistus, tutkimuksen ominaisuudet ja intervention ominaisuudet). Tiedonkeruulomakkeen suunnittelussa käytettiin apuna aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä lomakkeistoja (Westman ym. 2005; Käypä hoito -toimitus 2008), mutta toisaalta siinä pyrittiin tuomaan esiin myös kehitettyjen interventioiden, mittareiden ja tulosten muuttujien keskeisiä sisältöjä.

#### 3.3.2 Vaikutusten määrittäminen

Alkuperäistutkimuksissa esitettyjen interventioiden vaikuttavuutta ei ollut mahdollista arvioida systemaattisen meta-analyysin avulla. Tutkimusasetelmat, kehitetyt interventiot sekä tulosten muuttujat olivat eri tutkimuksissa hyvin erilaisia ja niitä esiintyi runsaasti. Sen sijaan vaikuttavuutta arvioitiin efektin suuruutta kuvaavien Cohenin  $d$  - ja Pearsonin  $r$  -kerrointen avulla, jotka ovat aineiston koosta riippumattomia estimaatteja. Efektin suuruus  $d = 0,2$ – $0,3$  osoittaa pientä,  $0,5$  keskisuurta ja  $0,8$  suurta vaikutusta, esimerkiksi kuinka vaikuttava kehitetty interventio on. Cohenin (1992) mukaan Pearsonin  $r = 0,1$ – $0,23$  kuvaa pientä,  $r = 0,24$ – $0,36$  keskisuurta ja  $r \geq 0,37$  suurta vaikutusta.

Cohenin  $d$ :n laskemisessa käytettiin taulukossa viisi esitettyä laskutapoja, sen mukaan mitä estimaatteja alkuperäistutkimuksessa oli raportoitu. (Cohen 1988; 1992; Thalheimer & Cook 2002; Hozo ym. 2005.)

**Taulukko 5. Efektin suuruuden arvioinnissa käytetyt laskutavat**

<p><b>(1) Cohenin d laskeminen t-testistä:</b></p> $d = \frac{ka_1 - ka_2}{kh_{yhdistetty}}$ <p>Merkkien selitykset:  d = Cohenin d  ka<sub>1</sub> = koeryhmän tai intervention jälkeen mitattu keskiarvo  ka<sub>2</sub> = kontrolliryhmän tai ennen interventiota mitattu keskiarvo  kh = keskihajonta</p> <p>Yhdistetty keskihajonta laskettiin kaavasta:</p> $kh_{yhdistetty} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) kh_1^2 + (n_2 - 1) kh_2^2}{n_1 + n_2}}$ <p>Merkkien selitykset:  n<sub>1</sub> = koeryhmään osallistuneiden lukumäärä  n<sub>2</sub> = kontrolliryhmään osallistuneiden lukumäärä  kh<sub>1</sub> = koeryhmän keskihajonta  kh<sub>2</sub> = kontrolliryhmän keskihajonta</p>	<p><b>(3) Cohenin d laskeminen t-testistä tilanteessa, jossa alkuperäistutkimuksessa oli raportoitu keskiarvo keskihajonnan sijaan:</b></p> $kh = kv \sqrt{n}$ <p>Merkkien selitykset:  kh = keskihajonta  kv = keskiarvo  Alkuperäisartikkeleista laskettiin kunkin ryhmän keskihajonta em. kaavaa käyttäen, jonka jälkeen Cohenin d laskettiin kohdassa (1) esitetyn mukaisesti.</p>
<p><b>(2) Cohenin d laskeminen t-testistä tilanteessa, jossa keskihajonta tai keskiarvo ei ollut tiedossa:</b></p> $d = t \sqrt{\left(\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2}\right) \left(\frac{n_1 + n_2}{n_1 + n_2 - 2}\right)}$ <p>Merkkien selitykset:  d = Cohenin d  t = t-testin testisuure  n<sub>1</sub> = koeryhmään osallistuneiden lukumäärä  n<sub>2</sub> = kontrolliryhmään osallistuneiden lukumäärä</p> <p>Tilanteessa, jossa ryhmien osallistuneiden tarkkoja lukumääriä ei kaikkien mittausten kohdalla oltu tarkoin ilmoitettu alkuperäistutkimuksessa, mutta voitiin olettaa tutkittavien lukumäärän olevan moelmissa ryhmissä kutakuinkin samanlaiset käytettiin Cohenin d laskemiseksi kaavaa:</p> $d \approx \frac{2t}{\sqrt{n-2}}$	<p><b>(4) Cohenin d laskeminen F-testistä:</b></p> $d = \frac{ka_1 - ka_2}{\sqrt{MSE \left( \frac{n_1 + n_2 - 2}{n_1 + n_2} \right)}}$ <p>Merkkien selitykset:  MSE = keskineliöpoikkeama  ka<sub>1</sub> = koeryhmän keskiarvo  ka<sub>2</sub> = kontrolliryhmän keskiarvo  n<sub>1</sub> = koeryhmään osallistuneiden lukumäärä  n<sub>2</sub> = kontrolliryhmään osallistuneiden lukumäärä</p> <p><b>(5) Cohenin d laskeminen F -testistä tilanteessa, jossa keskineliöpoikkeamaa ei oltu raportoitu:</b></p> $d = \sqrt{F \left( \frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2} \right) \left( \frac{n_1 + n_2}{n_1 + n_2 - 2} \right)}$ <p>Merkkien selitykset:  F = Yksisuuntaiseen varianssianalyysiin liittyvän Levenen F-testin arvo  n<sub>1</sub> = koeryhmään osallistuneiden lukumäärä  n<sub>2</sub> = kontrolliryhmään osallistuneiden lukumäärä</p>

**(6) Cohenin d laskeminen mediaanin, vaihteluvälin ja otoskoon perusteella:**

Tilanteessa, jossa keskiarvoihin perustuvaa laskentatapaa ei voitu käyttää, efektin suuruus laskettiin mediaanin, vaihteluvälin ja otoskoon perusteella alla olevien suositusten sekä kohdassa (1) esitetyn kaavan mukaisesti:

Pienet otokset (otoskoko <25):

$$ka = \frac{a + 2m + b}{4}$$

$$s^2 = \frac{1}{12} \left( \frac{a - 2m + b}{4} \right)^2 + (b - a)^2$$

Merkkien selitykset:

a = vaihteluvälin suurin arvo

b = vaihteluvälin pienin arvo

m = mediaani

s<sup>2</sup> = varianssi

Otoskoko 15 < n ≤ 70:

$$ka \approx m$$

$$kh = \frac{a - b}{4}$$

Merkkien selitykset:

a = vaihteluvälin suurin arvo

b = vaihteluvälin pienin arvo

m = mediaani

Suuret otokset (otoskoko n > 70):

$$ka \approx m$$

$$kh = \frac{a - b}{6}$$

Merkkien selitykset:

a = vaihteluvälin suurin arvo

b = vaihteluvälin pienin arvo

m = mediaani

**3.3.3 Näytön asteen määrittäminen**

Laadun arvioinnin perusteella interventiot luokiteltiin näytön asteen mukaan seuraavasti (Käypä Hoito -toimitus 2008; Higgins & Green 2009):

- A vahva tutkimusnäyttö: useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia, low risk of bias
- B kohtalainen tutkimusnäyttö: ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia, moderate risk for bias
- C niukka tutkimusnäyttö: ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus, high risk for bias
- D asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön kriteerejä

# 4 Tulokset

## 4.1 Tutkimusten kuvaus

### 4.1.1 Alkuperäistutkimukset

Tutkimusaineisto muodostui 86 kansainvälisestä artikkelista ja kahdesta väitöskirjatutkimuksesta eli yhteensä 88 tieteellisestä julkaisusta (taulukko 6).

**Taulukko 6. Yksittäiset alkuperäistutkimukset (N = 88)**

1. Agosta E, Graetz JE, Mastropieri MA & Scruggs TE. 2004. Teacher-researcher partnerships to improve social behavior through social stories. *Intervention in School and Clinic* 39(5), 276-287.
2. Allen-Meares P, Hudgins CA, Engberg ME & Lessnau B. 2005. Using a collaborator model to translate social work research into practice and policy. *Research on Social Work Practice* 15, 29-40.
3. Anderson JA, McIntyre JS & Somers JW. 2004. Exploring the experiences of successful completers of a system of care for children and their families through case narratives. *Journal of Family Social Work* 8(1), 1-25.
4. Anderson-Butcher D, Lawson HA & Barkdull C. 2002. An evaluation of child welfare design teams in four states. *Journal of Health and Social Policy* 15(3/4), 131-161.
5. Attridge-Stirling J, Davis H, Markless G, Sclare I & Day C. 2001. 'Someone to talk to who'll listen': addressing the psychosocial needs of children and families. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 11, 179-191.
6. Axberg U, Hansson K, Broberg AG & Wirtberg I. 2006. The development of a systemic school-based intervention: marte meo and coordination meetings. *Family Process* 45(3), 375-389.
7. Bailey P, Jones L & Way D. 2006. Family physician/ nurse practitioner: stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing* 53(4), 381-391.
8. Barrat M. 2003. Organizational support for evidence-based practice within child and family social work: a collaborative study. *Child and Family Social Work* 8, 143-150.
9. Bidmead C & Cowley S. 2005. Evaluating family partnership training in health visitor practice. *Community Practitioner* 78(7), 239-245.
10. Boot A & Macdonald G. 2006. Parents and sure start evaluation: suggestions for partnership. *Child Care in Practice* 12(3), 269-281.
11. Brookman-Frazee L. 2004. Using parent/ clinician partnerships in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions* 6(4), 195-213.
12. Bruzzese J-M, Evans D, Wiesemann S, Pinkett-Heller M, Levison MJ, Du Y, Fitzpatrick C, Krigsman G, Ramos-Bonoan C, Turner L & Mellins RB. 2006. Using schools staff to establish a preventive network of care to improve elementary school student's control of asthma. *Journal of School Health* 76(6), 307-312.
13. Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C & Duggan A. 2007. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse and Neglect* 31, 829-852.



14. Cameron G & Birnie-Lefcovitch S. 2000. Parent mutual aid organizations in child welfare demonstration project: a report of outcomes. *Children and Youth Service Review* 22(6), 421-440.
15. Case-Smith J, Sainato D, McQuaid J, Deubler D, Grottesman M & Taber M. 2007. Impacts project: preparing therapists to provide best practice early intervention services. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* 27(3), 73-90.
16. Chao P-C, Bryan T, Burstein K & Ergul C. 2006. Family-centered intervention for young children at-risk for language and behavior problems. *Early Childhood Education Journal* 34(2), 147-153.
17. Collins-Camargo C & Groeber C. 2003. Adventures in partnership: using learning laboratories to enhance frontline supervision in child welfare. *Professional Development* 6(1-2), 17-31.
18. Croom S & Procter S. 2005. The NewCan practice framework: using risk and resilience to work at the interface between professional expertise and parental knowledge and experience in child and adolescent mental health. *Practice* 17(2), 113-126.
19. Cuevas LS & Astroza V. 2002. Luve: a constructive learning approach for working with parents. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services* 83(3), 275-284.
20. Danvers L, Freshwater D, Cheater F & Wilson A. 2003. Providing a seamless service for children with life-limiting illness: experiences and recommendations of professional staff at the Diana Princess of Wales children's community service. *Journal of Clinical Nursing* 12, 351-359.
21. Davenia L. 2006. 'You don't know me like that': patterns of disconnect between adolescent mothers of children with disabilities and their early interventionists. *Journal of Early Intervention* 28(4), 264-282.
22. Dierker L, Nargiso J, Wiseman R & Hoff D. 2001. Factors predicting attrition within a community initiated system of care. *Journal of Child and Family Studies* 10(3), 367-383.
23. Drolet M, Paquin M & Soutyrine M. 2006. Building collaboration between school and parents: issues for school social workers and parents whose young children exhibit violent behavior at school. *European Journal of Social Work* 9(2), 201-222.
24. Drummond J, Fleming D, McDonald L & Kysela GM. 2005. Randomized controlled trial of a family problem-solving intervention. *Clinical Nursing Research* 14(1), 57-80.
25. Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C & Crowne SS. 2007. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse and Neglect* 31, 801-827.
26. Dumbrill GC. 2006. Parental experience of child protection intervention: a qualitative study. *Child Abuse and Neglect* 30, 27-37.
27. Dunlop JM & Holosko MJ. 2004. The story behind the story of collaborative networks - relationships do matter. *Journal of Health and Social Policy* 19(3), 1-18.
28. Emshoff JG, Darnell AJ, Darnell DA, Erickson SW, Schneider S & Hudgins R. 2007. Systems change as an outcome and a process in the work of community collaborative for health. *American Journal of Community Psychology* 39, 255-267.
29. Epstein JL. 2005. A case study of the partnership schools comprehensive school reform (CSR) model. *The Elementary School Journal* 106(2), 151-170.
30. Erkolahti E, Lahtinen E & Ilonen T. 2004. A home-treatment system in child and adolescent psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 9, 427-436.
31. Fawcett M & Hay P. 2004. 5x5x5= Creativity in the early years. *The International Journal of Art & Design Education* 23(3), 234-245.
32. Fernandez E. 2004. Effective interventions to promote child and family wellness: a study of outcomes of intervention through children's family centres. *Child and Family Social Work* 9, 91-104.

33. Fernandez E. 2007. Supporting children and responding to their families: capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review* 29, 1368-1394.
34. Frost N, Robinson M & Anning A. 2005. Social workers in multidisciplinary teams: issues and dilemmas for professional practice. *Child and Family Social Work* 10, 187-196.
35. Gallagher PA, Rhodes CA & Darling SM. 2004. Parents as professionals in early intervention: a parent educator model. *Topics in Early Childhood Special Education* 24(1), 5-13.
36. Gardner F, Burton J & Klimes I. 2006. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(11), 1123-1132.
37. Gettinger M & Stoiber KC. 2006. Functional assessment, collaboration, and evidence-based treatment: analysis of a team approach for addressing challenging behaviors in young children. *Journal of School Psychology* 44, 231-252.
38. Gibb K, Tunbridge D, Chua A & Frederickson N. 2007. Pathways to inclusion: moving from special school to mainstream. *Educational Psychology in Practice* 23(2), 109-127.
39. Goldbeck L, Laib-Koehnemund A, Fegert JM. 2007. A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse and Neglect* 31, 919-933.
40. Grøvdal LB, Grimsø A & Nilsen TIL. 2006. Parent-held child health records do not improve care: a randomized controlled trial in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24, 186-190.
41. Hadley PA, Simmerman A, Long M & Luna M. 2000. Facilitating language development for inner-city children: experimental evaluation of a collaborative, classroom-based intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 31, 280-295.
42. Häggman-Laitila A. 2002. Varhainen tuki perheen terveyden edistämisessä - analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 39, 192-207.
43. Harker RM, Dobel-Ober D, Berridge D & Sinclair R. 2004. More than the sum of its parts? Inter-professional working in the education of looked after children. *Children and Society* Volume 18, 179-193.
44. Heikkinen A, Puura K & Mattila K. 2005. Improving health centre physicians' child-psychiatric networks. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 23, 26-27.
45. Hopia H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen: toimintatutkimus lastenosastolla. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tampereensis* 1151, Tampere.
46. Hourihan F & Hoban D. 2004. Learning, enjoying, growing, support model: an innovative collaborative approach to the prevention of conduct disorder in preschoolers in hard to reach rural families. *Australian Journal of Rural Health* 12, 269-276.
47. Hudson DB, Cambell-Grossman C, Fleck MO, Elek SM & Shipman A. 2003. A effects of the New Fathers Network on first-time fathers' parenting self-efficacy and parenting satisfaction during the transition to parenthood. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 24, 217-229.
48. Hutingier PL & Johanson J. 2000. Implementing and maintaining an effective early childhood comprehensive technology system. *Topics in Early Childhood Special Education* 20(3), 159-173.
49. Hylton Rushton C, Reder E, Hall B, Comello K, Sellers DE & Hutton N. 2006. Interdisciplinary interventions to improve pediatric palliative care and reduce health care professional suffering. *Journal of Palliative Medicine* 9(4), 922-933.

50. Iversen MD, Shimmel JP, Ciacara S & Prabhakar M. 2003. Creating a family-centered approach to early intervention services: perceptions of parents and professionals. *Pediatric Physical Therapy* 15(1), 23-31.
51. Jones B, Litzelfelner P & Ford J. 2003. The value and role of citizen review panels in child welfare: perceptions of citizen review panel members and child protection workers. *Child Abuse and Neglect* 27, 699-704.
52. Jones BL. 2004. Effectiveness of citizen review panels. *Children and Youth Services Review* 26, 1117-1127.
53. Kalpogianni E, Frampton I & Rado T. 2001. Joint working between occupational therapy and clinical psychology in a school setting: a neurorehabilitation case study of a child with an acquired developmental disability. *British Journal of Occupational Therapy* 64(1), 29-33.
54. Kouri P, Turunen H & Palomäki T. 2004. 'Maternity clinic on the net service' and its introduction into practice: experiences of maternity-care professionals. *Midwifery* 21, 177-189.
55. Kratochwill TR, McDonald L, Levin JR, Bear-Tibbets HY & Demaray MK. 2004. Families and schools together: an experimental analysis of a parent-mediated multi-family group program for American Indian children. *Journal of School Psychology* 42, 359-383.
56. Kruske S, Barclay L & Schmied V. 2006. Primary Health care, partnership and polemic: child and family health nursing support in early parenting. *Australian Journal of Primary Health* 12(2), 57-65.
57. Krysik J & Leroy CW. 2007. The evaluation of healthy families Arizona: a multisite home visitation program. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 34(1/2), 109-127.
58. Leistyna P. 2002. Extending the possibilities of multicultural community partnerships in urban public schools. *The Urban Review* 34(1), 1-23.
59. Littell JH & Girvin H. 2006. Correlates of problem recognition and intentions to change among caregivers of abused and neglected children. *Child Abuse and Neglect* 30, 1381-1399.
60. Lutenbacher M, Karp S, Ajero G, Howe D & Williams M. 2005. Crossing community sectors: challenges faced by families of children with special health care needs. *Journal of Family Nursing* 11(2), 162-182.
61. Malone DG, Easterbrooks S & Gallagher PA. 2005. Service providers' perceptions of universal newborn hearing screening and intervention training needs. *Teacher Education and Special Education* 28(1), 29-39.
62. Manalo V. 2008. Understanding practice principles and service delivery: the implementation of a community-based family support program. *Children and Youth Services Review* 30, 928-941.
63. McDonald PS, Burgess C & Smith K. 2003. A support team for foster carers: the views and perceptions of service users. *British Journal of Social Work* 33, 825-832.
64. Mitchell W & Sloper P. 2008. The integrated children's system and disabled children. *Child and Family Social Work* 13, 274-285.
65. Moes DR & Frea WD. 2002. Contextualized behavioral support in early intervention for children with autism and their families. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 32(6), 519-533.
66. Moran P, Jacobs C, Bunn A & Bifulco A. 2007. Multi-agency working: implications for an early-intervention social work team. *Child and Family Social Work* 12, 143-151.
67. Morrow G, Malin N & Jennings T. 2005. Interprofessional teamworking for child and family referral in a Sure Start local programme. *Journal of Interprofessional Care* 19(2), 93-101.

68. Nicholson D, Artz S, Armitage A & Fagan J. 2000. Working relationships and outcomes in multidisciplinary collaborative practice settings. *Child and Youth Care Forum* 29(1), 39-73.
69. O'Brien M, Bachmann M, Husbands C, Shreeve A, Jones N, Watson J & Shermilt I. 2006. Integrating children's services to promote children's welfare: early findings from the implementation of Children's Trust in England. *Child Abuse Review* 15, 377-395.
70. Ou S-R. 2005. Pathways of long-term effects of an early intervention program on educational attainment: findings from the Chicago longitudinal study. *Applied Developmental Psychology* 26, 578-611.
71. Peart NA & Bryant DM. 2000. 'Bringing reality to the table': contributors to the lack of parent participation in a early childhood service program. *Administration in Social Work* 24(4), 21-37.
72. Peden-McAlpine C, Tomlinson PS, Forneris SG, Genck G & Maiers SJ. 2005. Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing* 49(5), 494-501.
73. Penticuff JH & Arheart KL. 2005. Effectiveness of an intervention to improve parent-professional collaboration in neonatal intensive care. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 19(2), 187-202.
74. Porter CS, Forbes P, Feldman HA & Goldmann DA. 2006. Impact of patient-centered decision support on quality of asthma care in the emergency department. *Pediatrics* 117(1), e33-e42.
75. Riley S, Brady AE, Goldberg J, Jacobs F & Easterbrooks MA. 2008. Once the door closes: understanding the parent-provider relationship. *Children and Youth Services Review* 30, 597-612.
76. Ryan SD, Tracy EM, Rebeck AC, Biegel DE & Johnsen JA. 2001. Critical themes of intersystem collaboration: moving from a 'can we' to a 'how can we' approach to service delivery with children and families. *Journal of Family Social Work* 6(4), 39-60.
77. Saaren-Seppälä T. 2004. Yhteisen potilaan hoito: tutkimus organisaatorajat ylittävää yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1052. Tampereen yliopisto, Tampere.
78. Scott D, Brady S & Glynn P. 2001. New mother groups as a social network intervention: consumer and maternal and child health nurse perspectives. *Australian Journal of Advanced Nursing* 18(4), 23-29.
79. Smith MA. 2004. Health visiting: the public health role. *Journal of Advanced Nursing* 45(1), 17-25.
80. Solish A & Perry A. 2008. Parents' involvement in their children's behavioral intervention programs: parent and therapist perspectives. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2, 728-738.
81. Stewart D, Law M, Russel D & Hanna S. 2004. Evaluating children's rehabilitation services: an application of a programme logic model. *Child: Care, Health and Development* 30(5), 453-462.
82. Sullivan CM, Bybee DI & Allen NE. 2002. Findings from a community-based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence* 17(9), 915-936.
83. Swenson CC, Randall J, Henggeler SW & Ward D. 2000. The outcomes and costs of an interagency partnership to serve maltreated children in state custody. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice* 3(4), 191-209.
84. Tandon SD, Parillo KM, Jenkins CJ & Duggan AK. 2005. Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parenting women. *Maternal and Child Health Journal* 9, 273-283.

85. Uludag A. 2008. Elementary preservice teachers' opinions about parental involvement in elementary children's education. *Teaching and Teacher Education* 24, 807-817.
86. Valentine K, Fisher K, Thomson C. 2006. Making integration happen: the families first policy experience. *Child Abuse Review* 15, 414-428.
87. Van Voorhis F & Sheldon S. 2004. Principals' roles in the development of US programs of school, family, and community partnerships. *International Journal of Educational Research* 41, 55-70.
88. Viggiani PA, Reid WJ & Bailey-Dempsey C. 2002. Social worker-teacher collaboration in the classroom: help for elementary students at risk of failure. *Research on Social Work Practice* 12(5), 604-620.

### Tutkimusten taustatiedot

Katsaukseen valikoituneet alkuperäistutkimukset oli julkaistu vuosina 2000–2008, suurin osa (71 %) vuonna 2004 tai sen jälkeen. (Taulukko 7.) Lapsiperheille suunnatut yhteistyöinterventiot ovat siis olleet viimeisten vuosien aikana yhä enenevässä määrin mielenkiinnon ja tutkimuksen kohteena etenkin Euroopassa, jossa 80 prosenttia tutkimuksista oli julkaistu viiden viimeisen vuoden aikana.

Tutkimuksista 64 prosenttia oli tehty Pohjois-Amerikassa ja 28 prosenttia Euroopassa. Suomalaisia lapsiperheille suunnattuja yhteistyöinterventioita arvioivia tutkimuksia oli mukana kuusi. (Taulukko 7.) Yhteistyöinterventioita kuvaava tutkimus on keskittynyt suuriin teollisiin länsimaihin. Lopulliseen aineistoon ei valikoitunut mukaan esimerkiksi yhtään Japanissa, Koreassa, Kiinassa tai muualla Aasiassa tehtyä tutkimusta, joka saattaa osaltaan selittyä näiden maiden tutkimuksen julkaisupe-  
rinteistä ja kielellisistä eroavaisuuksista.

Suurin osa tutkimuksista oli tehty sosiaali-, terveys- tai käyttäytymistieteissä, kuten hoito- ja kasvatustieteessä, psykologian tai sosiaalityön aloilla. (Taulukko 7.) Tutkimuksista seitsemän prosenttia voitiin luokitella monitieteisiksi. Monitieteisistä hankkeista lähes kaikki (83 %) oli julkaistu kahden viimeisen vuoden aikana. Tulos heijastanee sitä, että monitieteellisyys ja verkottuminen tulevat korostumaan entisestään tulevaisuudessa. Lapsiperhepalveluihin liittyviä yhteistyökäytäntöjä on Euroopassa tutkittu erityisesti terveys- ja sosiaalitieteiden näkökulmista. Eurooppalaisista tutkimuksista 45 prosenttia oli terveystieteellisiä, 23 prosenttia sosiaalitieteellisiä ja 34 prosenttia monitieteisiä.

**Taulukko 7. Alkuperäistutkimusten taustatiedot (N = 88)**

Tausta	n	%	Tausta	n	%
<i>Julkaisuvuosi</i>			<i>Tieteenala</i>		
2000	6	7	Hoitotiede	18	20
2001	5	6	Kasvatustiede	11	13
2002	7	8	Kielitiede	1	1
2003	7	8	Lääketiede	4	5
2004	17	19	Monitieteinen	6	7
2005	14	16	Psykologia	13	15
2006	18	20	Sosiaalipolitiikka	5	6
2007	9	10	Sosiaalityö	22	25
2008	5	6	Sosiologia	1	1
<i>Maa</i>			Taiteen tutkimus	1	1
Australia	6	7	Terveystiede	6	7
Canada	9	10	<i>Intervention kohderyhmä</i>		
Chile	1	1	0–8 -vuotias lapsi tai hänen perheensä	34	39
Iso-Britannia	16	18	Työntekijä	11	12
Norja	1	1	Organisaatio tai palvelujärjestelmä	23	26
Ruotsi	1	1	Lapsiperhe + työntekijä	13	15
Saksa	1	1	Työntekijä + palvelujärjestelmä	1	1
Suomi	6	7	Lapsiperhe + palvelujärjestelmä	4	5
Yhdysvallat	47	54	Lapsiperhe + työntekijä + palvelujärjestelmä	2	2
<i>Seurannan kesto*</i>					
Alle 1 vuosi	18	40			
1-2 vuotta	18	42			
Yli 2 vuotta	8	18			

\*Seurantatutkimusten määrä n = 44

Yhteistyöinterventiot kohdistuivat joko 0–8-vuotiaaseen lapseen ja hänen perheeseensä, työntekijän ja lapsen/perheen väliseen yhteistyöhön, työntekijöiden keskinäiseen yhteistyöhön tai yhteistyöhön organisaatitasolla. Samassa tutkimuksessa saatettiin tarkastella yhteistyökäytäntöjä eri tasoilla (23 % tutkimuksista). Yli puolet interventioista (59 %) oli kohdennettu siten, että lapsi tai hänen perheensä oli intervention kohderyhmänä. Vain kahdessa tutkimuksessa oli samanaikaisesti tarkasteltu kaikkia edellä mainittuja yhteistyön tasoja. (Taulukko 7.)

Seurantatutkimuksia oli mukana 44. Seuranta-aikojen pituus vaihteli 28 vuorokaudesta 17 vuoteen. Pitkäkestoisia, yli kaksi vuotta kestäviä seurantatutkimuksia, oli kahdeksan. (Taulukko 7.) Etenkin Yhdysvalloissa ja Kanadassa näyttäisi pitkäkestoisia seurantatutkimuksia olevan suhteellisesti eniten (> 80 % pitkäaikaisseurannoista tehty Pohjois-Amerikassa), kun taas eurooppalainen tutkimus on keskittynyt pääasiassa lyhyisiin alle kaksi vuotta kestäviin seurantoihin.

Tutkimusasetelmat olivat hyvin erilaisia eri tutkimuksissa. Noin puolet mukaan valikoituneista artikkeleista oli laadullisia ja puolet määrällisiä. Useassa tutkimuksessa oli käytetty sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen triangulaatiota, jonka vuoksi taulukossa kahdeksan esiteltyjen tutkimusasetelmien lukumäärä on suurempi kuin mukaan valikoituneiden tutkimusten (N = 88) lukumäärä. Randomoituja koe-kontrolliasetelmaan perustuvia tutkimuksia oli mukana 11. Aihepiiristä ei ollut tehty

yhtään meta-analyysia tai järjestelmällistä katsausta eikä mukaan valikoitunut myöskään yhtään kohorttitutkimusta. (Taulukko 8.) Tutkimusasetelmien erilaisuus asetti rajoituksia kehitetyn yhteistyöintervention vaikuttavuuden arvioinnille.

**Taulukko 8. Käytetyt tutkimusasetelmat**

Tutkimusasetelma	n	%
Meta-analyysi	-	-
Järjestelmällinen katsaus	-	-
Kokeellinen tutkimus	31	35
• Randomoitu koe-kontrolliasetelma	10	11
• Ei randomoitu koe-kontrolliasetelma	10	11
• Kvasikokeellinen tutkimus	11	13
Muu kvantitatiivinen, ei kokeellinen tutkimus	16	18
Kohorttitutkimus	-	-
Laadullinen tutkimus	51	58

### Yhteistyötä kuvaavat termit tutkimuksissa

Kansainvälisesti tai kansallisesti ei ole olemassa tällä hetkellä yhteistyöinterventioita kuvaavaa yhtenäistä käsitteistöä. Eri tieteenaloilla ja erilaisissa toiminta- ja kasvuympäristöissä saatetaan käyttää eri termejä kuvaamaan yhteistyökäytäntöjä. Tutkimuksissa käytettiinkin runsaasti erilaisia termejä ja käsitteitä kuvaamaan yhteistyötä lapsiperhepalveluiden eri tasoilla. Yhteensä käytettiin yli 60 eri termiä. Yhteistyötä kuvaavissa termeissä painottui yhteistyö, yhdessä tekeminen, osallisuus, sitoutuminen, verkostoituminen, yli sektoriaalinen työskentely, perhekeskeisyys, kumppanuus, moniammatillisuus, koordinaatio sekä palveluiden integraatio. Suurimmassa osassa tutkimuksista (n = 41) oli käytetty termistöä, jossa esiin nousivat yhdessä tekeminen, yhteistyö ja kumppanuus. (Taulukko 9.)

**Taulukko 9. Lapsiperhepalveluiden yhteistyötä kuvaavat termit tutkimuksissa ryhmiteltynä ominaispiirteidensä mukaisesti (yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa ko. termiä käytetty)**

Koordinaatio ja palveluiden integraatio	
Case management <sup>39</sup>	Integration of service delivery <sup>86</sup>
Coordinated network <sup>86</sup>	Management of services <sup>86</sup>
Moniammatillisuus, ylisektoriaalisuus ja verkostoituminen	
Inter-agency collaboration <sup>5, 20, 43, 48, 69, 83</sup>	Multi-agency working <sup>66</sup>
Interagency working <sup>67</sup>	Multidisciplinary collaborative practices <sup>68</sup>
Interdisciplinary <sup>63</sup>	Network <sup>14, 29, 33, 44, 47</sup>
Interdisciplinary team <sup>49, 60, 63</sup>	Organisaatorajat ylittävä yhteistoiminta <sup>77</sup>
Interorganizational collaboration <sup>27</sup>	Service networks <sup>3</sup>
Intersystem collaboration <sup>76</sup>	
Yhdessä tekeminen, yhteistyö ja kumppanuus	
Actively working together <sup>82</sup>	Families and professionals working together <sup>3</sup>
Close working relationship between practitioners <sup>53</sup>	Family partnership <sup>9</sup>
Collaboration <sup>17, 26, 40, 41,</sup>	Interpersonal partnership <sup>5</sup>
Collaboration among members of a team <sup>37</sup>	Joint working <sup>54</sup>
Collaboration between parents and staff <sup>6, 73</sup>	Neuvottelu eri toimijoiden kesken <sup>77</sup>
Collaboration between professionals <sup>7, 10, 16, 40</sup>	On-site teach team <sup>48</sup>
Collaboration between school and parents <sup>19, 23</sup>	Parent-professional collaboration <sup>40, 65</sup>
Collaborative efforts <sup>88</sup>	Parent-teacher collaboration <sup>85</sup>
Collaborative partnership <sup>21, 71</sup>	Partnership <sup>1, 10, 11, 14, 17, 38, 55</sup>
Collaborative processes <sup>31</sup>	Teamwork <sup>29, 34</sup>
Collaborative working <sup>18, 21</sup>	Work in partnership with the family <sup>56</sup>
Collaboratory partners and professionals <sup>2</sup>	
Sitoutuminen ja osallisuus	
Citizen involvement <sup>51, 52</sup>	Involvement of citizens and community groups <sup>52</sup>
Community involvement <sup>29</sup>	Parent involvement <sup>22, 35, 50, 55, 70, 71, 80</sup>
Family and community involvement <sup>48</sup>	Parents as active team members <sup>81</sup>
Family and community involvement partnership <sup>87</sup>	Public participation <sup>58</sup>
Perhekeskeisyys ja asiakaslähtöisyys	
Family centered practice <sup>16, 79</sup>	Family support <sup>33</sup>
Suunnitelmallisuus ja arviointi	
Collaborative planning <sup>48</sup>	Family-centered assessment <sup>24</sup>
Suhteen toimivuus, luottamuksellisuus ja vastavuoroisuus	
Collaborative relationship <sup>26</sup>	Relationship between parent - provider <sup>75, 81</sup>
Communication <sup>54, 74</sup>	Relationship between practitioners <sup>53</sup>
Dialogical link between child and adult <sup>6</sup>	Shared sense of responsibility and community <sup>48</sup>
Family-professional relationship <sup>15, 32, 57</sup>	Trusting relationship <sup>13, 72</sup>
Interaction <sup>54</sup>	
Relationship between families and school personnel <sup>12</sup>	



#### 4.1.2 Tutkimusten tarkoitus

Tutkimukset luokiteltiin sen mukaan, kohdistuivatko ne 0–8-vuotiaaseen lapseen tai hänen perheeseensä (liite 5), työntekijään (liite 6) vai organisaatio- tai palvelujärjestelmätasolle (liite 7). Sama tutkimus saattoi kohdistua useaan kohderyhmään. Tutkimuksista 49 oli kohdennettu lapseen tai perheeseen, 23 työntekijään ja 31 palvelujärjestelmään.

*Lapsiin ja perheisiin kohdistuvien tutkimusten tarkoituksena oli muun muassa lapsen käyttäytymiseen liittyvien ongelmien varhainen tunnistaminen, lapsen kokonaiskehityksen tukeminen, vanhemmuuden tukeminen, palveluiden tuominen kotiin lähelle perheen arkea sekä lasten kaltoinkohtelun vähentäminen. Näissä tutkimuksissa selvitettiin myös vanhempien kokemuksia kehitetyistä yhteistyöinterventioista, arvioitiin perhekeskeisten menetelmien vaikuttavuutta ja vastaavuutta perheen tarpeisiin sekä arvioitiin perheen ja työntekijän välistä yhteistyötä. (Taulukko 10.)*

**Taulukko 10. Lapsiin ja perheisiin kohdistuvien tutkimusten tarkoitus (n = 49)**

Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen numero
Arviointimenetelmien arviointi	10
Internet -pohjaisten interventioiden vaikuttavuuden arviointi	47, 48, 54
Kotona toteutettavan hoito-/ yhteistyömallin arviointi	30, 59, 84
Lapsen fyysisen, kognitiivisen ja sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen	12, 46, 55, 70, 74, 81
Lapsen ja perheen elämänlaadun ja arjen sujuvuuden parantaminen	16, 65
Lapsen ja vanhemman välisen suhteen sekä vanhemmuuden taitojen vahvistaminen	13, 24, 32, 33
Lapsen kaltoinkohtelun ja lähisuhdeväkivallan tunnistaminen ja siihen puuttuminen	25, 83, 84
Lapsen kielellisen kehityksen tukeminen	16, 41
Lapsen käyttäytymiseen sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvien vaikeuksien tunnistaminen ja vähentäminen	1, 6, 10, 36, 37, 55, 65, 88
Lapsen tai vanhemman sekä työntekijän välisen yhteistyön arviointi	31, 53, 55, 56, 73, 75
Perheen osallisuuden ja sitoutumisen kuvaaminen	22, 71, 80, 85
Perhekeskeisten menetelmien vaikuttavuuden arviointi	11, 36, 37, 45
Saumattomien palveluiden vaikuttavuuden arviointi	83
Selvittää yksittäisen palvelun vastaavuutta perheen tarpeisiin	20, 63
Sosiaalisen tuen tarjoaminen lapselle ja perheelle	78
Vanhempien kokemusten selvittäminen kehitetystä yhteistyö- tai hoito mallista	3, 6
Vanhempien ylläpitämän potilasasiakirjan vaikuttavuuden arviointi	40
Vapaaehtoistyöntekijöiden / ei virallisen toiminnan arviointi	13, 14, 25, 35
Varhaisen puuttumisen menetelmien arviointi	21, 42, 57, 70

*Työntekijöihin tai työyhteisöön, kuten esimerkiksi kouluun tai luokkayhteisöön, kohdistuvien tutkimusten tarkoituksena oli arvioida työntekijöille suunnatun koulutuksen vaikuttavuutta, arvioida toteutunutta yhteistyötä, kehittää työyhteisössä yh-*

teistyötä edistäviä toimintamalleja, arvioida moniammatillisen yhteistyön vaikutuksia sekä arvioida työntekijän tapaa toimia perhekeskeisesti. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11. Työntekijään tai työyhteisöön kohdistuvien tutkimusten tarkoitus (n = 23)**

Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen numero
Hoitoonohjauksen liittyvän yhteistyömallin kehittäminen	67
Internet -pohjaisten palvelusovellusten arviointi	48,54
Moniammatillisen koulutuksen vaikuttavuuden arviointi	7, 9, 15, 44, 61
Moniammatillisen yhteistyön vaikutusten arviointi työntekijän ammatilliseen osaamiseen	34,56
Perhekeskeisen palvelun/ hoidon toteutumisen arviointi	45, 56, 79
Reflektiivisen käytännön interventioiden kuvaaminen	72
Selvittää yksittäisen palvelun vastaavuutta lapsen/ perheen tarpeisiin	20,
Työntekijän ja lapsen/ perheen välisen yhteistyön kehittäminen	9, 31, 49, 73
Työntekijöiden keskinäisen yhteistyön kehittäminen	7, 53
Työntekijöiden perheiden kohtaamiseen liittyvien valmiuksien arviointi	61
Ulkopuolisen asiantuntijakonsultaation vaikutusten arviointi	39
Yhteistyötä arvioivien menetelmien kehittäminen	9
Yhteistyötä ohjaavan viitekehysten kuvaaminen	18, 53
Yhteistyöverkoston/ -toimintamallin vaikuttavuuden arviointi	12, 37, 67, 74

*Organisaatioon tai palvelujärjestelmään* kohdistuvia alkuperäistutkimuksia oli 31. Tutkimukset liittyivät organisaatioiden välisen yhteistyön kuvaamiseen, perhepalvelutarpeiden arvioimiseen, näyttöön perustuvan toiminnan implementointiin, yhteistyötä ohjaavien viitekehysten ja sopimusten arviointiin sekä erilaisten palvelusovellusten tarkasteluun. (Taulukko 12.)

**Taulukko 12. Organisaatioon tai palvelujärjestelmään kohdistuvien tutkimusten tarkoitus (n = 31)**

Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen numero
Erilaisten yhteistyöprojektien välisen yhteistyön selvittäminen	2
Internet -pohjaisten palvelusovellusten arviointi	48, 64
Järjestelmän muutokseen yhteydessä olevien tekijöiden selvittäminen	28
Kansalaisista koostuvan arviointipaneelin ja vanhempien osallisuuden vaikuttavuuden selvittäminen	51, 52, 71, 85
Kansallisella tasolla astetun terveys-, sosiaali- ja koulutusalojen yhteistyödistuksen toteutumisen selvittäminen alueellisesti	27
Koulujen välisen yhteistyömallien arviointi	29, 38
Laajan yhteistyöverkoston toiminnan toteutumisen arviointi	62
Lastensuojeluun liittyvien kehittämistarpeiden määrittely	17, 26
Mielenterveyspalvelujen alueellinen kehittäminen	5
Näyttöön perustuvan toiminnan tukeminen organisaatioissa	8, 17
Organisaation kokemukset yhteistyöstä	23, 86
Perheiden palvelun tarpeiden arviointi	20, 60, 69
Perhekeskeisen toimintatapojen vaikuttavuuden arviointi	56

Toimijoiden välisen yhteistyön kuvaaminen	43, 66, 76, 86, 87
Yhteistoimintaa ohjaavien sopimusten tarkastelu	77
Yhteistyöinterventtioiden vaikutusten vertailu palveluntuottajien ja perheiden välillä	50
Yhteistyöryhmän prosessien arvioiminen	4, 68
Yhteistyötä ohjaavan viitekehyksen kuvaaminen	18

#### 4.1.3 Tutkimuksissa käytetyt aineistot ja menetelmät

##### Otannat

Otoskoot vaihtelivat tutkimusten välillä suuresti, eikä kaikissa tutkimuksissa oltu ilmoitettu tutkimukseen osallistuneiden tarkkoja lukumääriä. Tietoa oli kerätty 17 (25 %) kvantitatiivisessa tutkimuksessa lapselta itseltään. Nuorimmat tutkimuksiin osallistuneet lapset olivat kolmevuotiaita, vanhimpien ollessa 12 vuotta. Tutkimuksiin osallistuneiden lasten lukumäärä vaihteli 1–591 välillä. Reilusti yli puolessa (76 %) lapsiin kohdistuneista tutkimuksista tutkittavien lasten määrä oli alle  $n = 100$ . (Taulukko 13.)

**Taulukko 13. Tutkimuksiin osallistuneiden lukumäärä**

Otoskoko (n)	Lapset		Vanhemmat		Työntekijät		Organisaatio	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1–49	7	41	8	57	22	79	6	75
50–99	6	35	1	7	2	7	-	-
100–199	2	12	1	7	-	-	1	13
Yli 200	2	12	4	29	4	4	1	13

Kvantitatiivisissa alkuperäistutkimuksissa 14:ssä tietoa oli kerätty 0–8-vuotiaan lapsen vanhemmilta. Vanhemmista poimittujen otosten koot vaihtelivat 3–427. Suurimmassa osassa tutkimuksista tiedonantajana oli toiminut lapsen äiti. Vain kahdessa tutkimuksessa tietoa oli kerätty lapsen isältä. Näiden otoskoot olivat hyvin pieniä ( $N = 2$  ja  $N = 34$  isää). (Taulukko 13.)

Työntekijöiltä tietoa oli kerätty 28 kvantitatiivisessa tutkimuksessa ( $N = 2$ –950). Tietoa oli kerätty muuan muassa asiantuntijasairaanhoitajilta, perhelääkäreiltä, terveydenhoitajilta, opiskelijoilta, opettajilta, sosiaalityöntekijöiltä, psykiatreilta, lastensuojelun työntekijöiltä, terveyskeskuslääkäreiltä, lastenosastojen sairaanhoitajilta, toimintaterapeuteilta sekä lasten teho-osaston henkilökunnalta.

Organisaatioita tai lapsiperheiden palvelujärjestelmää koskevaa tietoa oli kerätty kahdeksassa kvantitatiivisessa tutkimuksessa ( $N = 1$ –320) (taulukko 13).

Yhdessäkään kvantitatiivisessa artikkelissa ei oltu perusteltu otoksen kokoa tai muodostamista voima-analyysin tai muiden tilastollisten analyysien avulla. Tutkimuksen aikaista katoa oli arvioitu vain harvoissa tutkimuksissa. Varsinainen katoanalyysi oli tehty kahdessa tutkimuksessa.

## Tutkimuksissa käytetyt tietolähteet ja tiedonkeruumenetelmät

Sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen tietolähteinä toimivat lapset, vanhemmat, työntekijät tai moniammatillinen tiimi yhdessä, palveluprosessista vastaava henkilö, viralliset asiakirja-aineistot (kuten potilasasiakirjat, tilastot ja rekisterit), muu asiakirja-aineisto (esimerkiksi seurantaraportit) sekä muu kirjallinen materiaali (esimerkiksi tutkimuspäiväkirja, henkilökohtainen päiväkirja, lehtiartikkelit, narratiivit). Monissa tutkimuksissa oli saatettu samanaikaisesti kerätä tietoa useista eri tietolähteistä, jonka vuoksi taulukossa 14 esitettyjen tietolähteiden ja tiedonkeruumenetelmien määrä on huomattavasti suurempi kuin alkuperäistutkimusten lukumäärä.

**Taulukko 14. Alkuperäistutkimusten (N = 88) tietolähde ja käytetyt tiedonkeruumenetelmät**

Tietolähde	n	%	Tiedonkeruumenetelmä	n	%
Lapsi	19	22	Kysely	38	43
Vanhemmat	39	44	Haastattelu	57	65
Työntekijä	61	69	Havainnointi	25	28
Moniammatillinen tiimi	3	3	Testi (esim. tietotesti tms.)	9	10
Palveluprosessista vastaava henkilö	8	9	Sisällön analyysi	42	48
Virallinen asiakirja-aineisto	16	18	Muu	10	11
Muut asiakirja-aineistot	15	17			
Muu kirjallinen materiaali	14	16			
Jokin muu	9	10			

Alkuperäistutkimuksissa tietoa oli kerätty useilla eri menetelmillä. Käytetyt tiedonkeruumenetelmät ovat tyypillisiä ihmisen toimintaa tutkivilla tieteenaloilla, kuten psykologiassa, kasvatustieteissä, sosiaalipsykologiassa, sosiologiassa ja terveystieteissä. Suurimmassa osassa tutkimuksista oli käytetty tiedonkeruumenetelmänä kyselyä, haastattelua tai havainnointia tai niiden yhdistelmää. Erilaisten menetelmien käyttö mahdollisti sen, että samasta tutkimuskohteesta voitiin tuottaa erilaatuista tietoa. Muina tiedonkeruumenetelminä mainittiin terveystarkastukset, erilaiset ryhmähaastattelut tai -keskustelut sekä vapaamuotoiset arviointikeskustelut ja -kokoukset. (Taulukko 14.)

## Käytetyt mittarit

Alkuperäistutkimuksissa käytettiin runsaasti eri mittareita. Yhteensä käytössä oli 94 erilaista instrumenttia, joista osa oli standardoituja ja osa kehitty kyseistä tutkimusta varten (Taulukko 15). Tämä teki vertailun eri tutkimusten välillä käytännössä mahdollottomaksi. Käytettyjen mittareiden avulla pyrittiin arvioimaan yhteistyökäytäntöjä

sinänsä tai yhteistyökäytäntöjen vaikutuksia lapsen käyttäytymiseen sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen oireiluun, lasten kaltoinkohteluun, elämänlaatuun ja perheen arjen sujuvuuteen, koettuun stressiin, lapsen kehitykseen, vanhemmuuden taitoihin, perheen saamaan tukeen, vanhempien päihneiden käyttöön sekä perheen toimivuuteen. Käytettyjen mittareiden avulla arvioitiin myös kehitettyjen menetelmien vaikuttavuutta, työntekijöiden osaamista, perheen tyytyväisyyttä saamaansa palveluun, osallistumista päätöksentekoon sekä hoidon tarvetta.

Tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että etenkin työntekijöiden sekä organisaation välisen yhteistyön ja palveluiden integraation arvioimiseksi tarvittaisiin nykyistä enemmän testattuja ja valideja mittareita.

**Taulukko 15. Yhteistyökäytäntöjä arvioivia standardoituja mittareita (yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa mittaria on käytetty)**

Lapsen käyttäytyminen sekä psyykkinen ja sosiaalinen oireilu		
Mittarin käyttötarkoitus	Mittarin nimi	Mittarin kehittäjä
Lapsen käyttäytyminen ja sosiaaliset taidot	Child Behaviour Checklist (CBCL) <sup>6, 10, 13, 55, 83</sup>	Achenbach TA (1991, 2001)
Lapsen sosiaaliset suhteet ja käyttäytymiseen liittyvät ongelmat	Social Skills Rating System (SSRS) <sup>55</sup>	Gresham FM & Elliot SN (1993)
Lapsen tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriöön (ADHD) liittyvä käyttäytyminen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Opettajan arviointi</li> <li>Vanhempien arviointi</li> </ul>	Conners' Teacher Rating Scale (CTRS) <sup>6</sup> Conners' Parent Rating Scale (CPRS) <sup>6</sup>	Conners CK (1998)
Lapsen psyykkinen oireilu sekä poikkeava käyttäytyminen	Rutter Parent Scale for Pre-school Children <sup>10</sup>	Rutter M (1967)
2–16-vuotiaiden lasten käytöshäiriöt	Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) <sup>16, 36</sup>	Eyberg S (1999)
3–6-vuotiaiden lasten sosiaalisten taitojen ja käyttäytymisen arviointi päiväkodissa ja esikoulussa	Preschool and Kindergarten Behaviour Scale (PKBS) <sup>46</sup>	Merrell KW (1994)
Opettajan käsitys lapsen akateemisesta suoriutumisesta, toimintaan mukautumisesta ja ongelmallisesta käyttäytymisestä	Teacher Report Form (TRF) <sup>55</sup>	Achenbach T (1991)
Depressiiviset oireet	Beck Depression Inventory (BDI) <sup>10, 36</sup>	Beck TA (1961)
Depressiiviset oireet	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) <sup>13, 25, 82, 84</sup>	Radloff L (1977)
Mielen hyvinvointi ja depressiiviset oireet	Mental Health Index (MHI-5) <sup>13, 25, 84</sup>	Berwick DM ym. (1991)
Depressio, ahdistuneisuus, foobinen ahdistuneisuus, obsessiivis-kompulsiiviset oireet, somatisaatio, paranoidisuus, vihamielisyys, interpersoonallinen herkkyys, unihäiriöt ja ruokahalumuutokset	The Symptom Checklist -90-Revised (SCL-90-R) <sup>59</sup>	Derogatis LR (1973, 1983, 1992)
Sosiaalinen hyväksyttävyys	Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS) <sup>59</sup>	Crowne DP & Marlowe D

Lapsen käsitys itsestä (akateemiset taidot, sosiaalinen hyväksyttävyys, liikunnallisuus, ulkonäkö, käyttäytyminen)	Self Perception Scale for Children (SPPC) <sup>82</sup>	(1960) Harter S (1985)
Yleinen itsetuottamus	Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSE) <sup>82</sup>	Rosenberg M (1965)

### Lapsen kehitys

Mittarin käyttötarkoitus	Mittarin nimi	Mittarin kehittäjä
Lapsen henkinen, motorinen ja käyttäytymisen kehitys ensimmäisten elinvuosien aikana	Bayley Scale for Infant Development (BSID) <sup>13</sup>	Bayley N (1969, 1993)
Lapsen kehitys ja vanhemmuuden taidot	The Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI) <sup>13</sup>	McPhee D (1981)
3–6-vuotiaan lapsen kehitysympäristössä olevat lapsen kasvua ja kehitystä tukevat määrälliset ja laadulliset elementit	Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) <sup>13, 25</sup>	Caldwell B & Bradley R (1984)
Lapsen kehitysviiveen tai -häiriön tunnistaminen	Diagnostic Inventory for Screening Children (DISC) <sup>24</sup>	Arndur JR, Mainland JK & Parker KC (1999)
Lapsen kouluvalmius sekä heikkoudet ja vahvuudet kehitystaso huomioiden (hieno- ja karkeamotoriikka, kielellinen ja kognitiivinen kehitys, arkipäivän taidot, sosiemotionaaliset taidot ja käyttäytymisen säätely)	Brigance Inventory of Early Development, revised (IED) <sup>48</sup>	Brigance AH (1991)
4–18-vuotiaan lapsen visuaalinen hahmottaminen	Test of Visual Perception Skills (TVPS-3) <sup>53</sup>	Martin NA (1996)
3–17-vuotiaan lapsen kognitiiviset heikkoudet ja vahvuudet	British Ability Test (BAS) <sup>53</sup>	Elliot CD (1979, 1983)
5–16-vuotiaille suunnattu älykkyystesti	Children's Category Test (CCT) <sup>53</sup>	Boll T (1993)
Oppilaan perustaidot ja -tiedot	Curriculum Based Measurement (CBM) <sup>55</sup>	Deno SL (1985)
Neljävuotiaan lapsen kehitys (kommunikatio, hieno- ja karkeamotoriikka, ongelmanratkaisu- ja sosiaaliset taidot)	Ages and Stages Questionnaires: a parent completed, child- monitoring system (ASQ) <sup>55</sup>	Bricker D & Squires J (1999)
Kehitysvammaisen lapsen päivittäinen ja sosiaalinen toiminta	Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) <sup>80</sup>	Sparrow SS, Balla DA & Cicchetti DV (1984)
Lapsen kehitys	Denver Developmental Screening Test (Denver II) <sup>83</sup>	Frankenburg WK, Dodds J, Archer P ym. (1992)

### Lapsen kielelliset taidot

Lapsen verbaaliset taidot ja kielellinen ymmärtäminen	Peabody Picture Vocabulary Test -III (PPVT-III) <sup>41</sup>	Dunn, LM & Dunn, DM (1997)
Lapsen sanavarasto ja sanallinen taitotaso	Expressive Vocabulary Test (EVT) <sup>41</sup>	Williams, K.T (1997)
2–7-vuotiaan lapsen kielellinen kehitys	Test of Early Language Development (TELD) <sup>16</sup>	Hresko WP, Reid DK &

		Hamill DD (1999)
Lapsen ja vanhemman välinen kielellinen vuorovaikutus	Interactive Language Assessment Device (ILAD) <sup>24</sup>	Hemmeter M & Kaiser A (1994)

### Lapsen ja vanhemman välinen suhde sekä vanhemmuuden taidot

Mittarin käyttötarkoitus	Mittarin nimi	Mittarin kehittäjä
Lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus sekä vanhemmuuden taitojen havainnointi	Nursing Child Assessment Satellite Teaching (NCAST) <sup>13, 25</sup>	Summer & Spietz (1995)
Vanhempien käsitys hoivan yhteydestä lapsen hyvinvointiin (kasvu, fyysinen terveys, älykkyys, persoonallisuus, onnellisuus)	The Infant Caregiving Inventory (ICI) <sup>13</sup>	Smeriglio VL & Parks P (1983)
Äidin luottamus omiin kykyihinsä vanhempanaan	The Maternal Self Efficacy Scale (MSES) <sup>13</sup>	Teti DM & Gelfand DM (1991)
Vanhemman itsetunto ja -luottamus	Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI) <sup>14</sup>	Coopersmith S (1981)
Lapsen ja vanhemman välisessä suhteessa esiintyvien ongelmien vaikeus ja määrä	Index of Parental Attitudes (IPA) <sup>14</sup>	Hudson WW (1982, 1993)
Vanhempien toimintatavat ristiriita-, rajoittamis- ja kurinpitotilanteissa	The Parenting Scale (PS) <sup>36</sup>	Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS & Acker MM (1993)
Itseluottamus vanhempanaan, tyytyväisyys vanhemman rooliin, kiinnostus vanhemmuutta kohtaan	Parent Sense of Competence (PSOC) <sup>36</sup>	Johnston D & Mash EJ (1989)
Vanhemman luottamus kykyihinsä huolehtia alle vuoden ikäisestä vauvasta	Infant Care Survey (ICS) <sup>47</sup>	Froman RD & Owen SV (1989)
Käsitys itsestä vanhempanaan sekä kokemus vastasyntyneen vanhempanaan toimimisesta	What being a parent of a new baby (WPL-R) <sup>47</sup>	Pridham KF & Chang AS (1989, 2007)
<b>Sosiaalinen tuki</b>		
Arvioida saatua sosiaalista tukea (emotionaalinen, instrumentaalinen ja tiedollinen tuki)	Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) <sup>14</sup>	Cohen S & Hoberman H (1983)
Arvioida perheen formaaleja ja informaaleja tuen lähteitä, perhesuhteita, vanhemmuuden taitoja sekä lapsen ja perheen terveyttä	North Carolina Family Assessment Scale (NCFAS) <sup>33</sup>	Kirk R & National Family Preservation Network (2007)
<b>Perheen toimivuus ja arki</b>		
Perheen yhteinen toiminta ja perheen tapat ratkaista ongelmia	Family Problem Solving Instrument (FPSI) <sup>24</sup>	Drummond J, Kunasegaran S & Fleming D (1995)
Perheen toiminta (fyysinen, sosiaalinen ja taloudellinen kasvuympäristö)	Family Assessment Form (FAF) <sup>32</sup>	Children's Bureau of Southern California (1987)

Ongelmat, jotka aiheuttavat jokapäiväisiä hankaluuksia astmaa sairastavan lapsen vanhemmille	Pediatric Asthma Caregiver Quality of Life Questionnaire (PACQLQ) <sup>12</sup>	Juniper EF ym. (1996)
Päivittäiset ristiriitatilanteet	Parenting Daily Hassles Scale (PDH) <sup>10</sup>	Crnick KA & Greenberg MT (1990)

### Vanhempaan toimimiseen liittyvä stressi

Mittarin käyttötarkoitus	Mittarin nimi	Mittarin kehittäjä
Vanhempaan toimimiseen liittyvä tyytyväisyys	Cleminshaw-Guidubaldi Parent Satisfaction Scale <sup>13</sup>	Guidubaldi J & Cleminshaw HK (1985)
Stressiä aiheuttavat elämäntilanteet ja koetun stressin voimakkuus	Perceived Stress Inventory Scale - Short version (PSS) <sup>14</sup>	Cohen S, Kamarck T & Mermelstein R (1983)
Vanhempaan toimimiseen liittyvä stressi, vanhempaan itseensä sekä lapseen liittyvät riskitekijät	Parenting Stress Index (PSI) <sup>25, 32, 33, 57, 83, 84</sup>	Abidin RR (1995)

### Lasten kaltoinkohtelu ja lähisuhdeväkivalta

Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen	Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) <sup>13, 25, 82</sup>	Strauss MA (1979, 2000)
Lasten kaltoinkohtelun riski	Kempe Family Stress Checklist (FSC) <sup>13</sup>	Schmitt BD & Carrol CA (1976)
Vanhemmuuteen ja lapsen kasvatukseen liittyvät asenteet, lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen	Adult-Adolescent Parenting Index (AAPI) <sup>13, 25</sup>	Bavolek SJ (1979)
Vanhempien taholta tapahtuva lapsen fyysinen ja henkinen kaltoinkohtelu	Parent-Child Conflict-Tactics Scale (CTS-PC) <sup>13, 25</sup>	Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB, Finkelhor D, Moore DW & Runyan DK (1973, 1998)
Lapsen fyysisen kaltoinkohtelun tunnistaminen	Child Abuse Potential Inventory (CAP Inventory) <sup>33</sup>	Milner JS (1977, 1982, 1984, 1986)

### Päihteiden käyttö ja muutoshalukkuus

Alkoholin käyttö	A Screening Test for Alcohol Dependence (CAGE) <sup>57, 84</sup>	Ewing J (1984)
Muutosvalmius ja -halukkuus terapiaa, hoitoa tai palvelua aloitettaessa	University of Rhode Island Change Assessment (URICA) <sup>59</sup>	Diclemente CC (1990)
Päihteiden käyttö ja sen aiheuttamat seuraukset	Addiction Severity Index 5 <sup>th</sup> edition (ASI) <sup>83</sup>	McLellan AT, Carise D & Coyne TH (1992)

### Hoitoisuus ja hoidon tarve

Vastasyntyneen hoitoisuus sekä tarvittavien	Neonatal Therapeutic Interven-	Gray JE, Rich-
---	--------------------------------	----------------



hoitotoimenpiteiden frekvenssi ja intensiteetti	tion Score (NTIS) <sup>73</sup>	ardson DK, McCormic MC, Workman- Daniel K & Goldman DA (1992)
---	---------------------------------	--

#### Päätöksenteko ja tyytyväisyys palveluun

Mittarin käyttötarkoitus	Mittarin nimi	Mittarin kehittäjä
Vanhempien käsitys ammattilaisen tavasta työskennellä perhekeskeisesti	Family Centered Behavior Scale (FCBS) <sup>75</sup>	Allen RI (1996)
Perhekeskeisyyden toteutuminen	Measure of Processes of Care (MPOC) <sup>81</sup>	Dyke P, Buttigieg P, Blackmore AM & Ghose A (2006)
Asiakkaan tyytyväisyys saamansa hoitoon ja palveluun	Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) <sup>81</sup>	Larsen DL, Attkinsson CC, Hargraves WA & Nguyen TD (1979)
Yhteistyö potilasta koskevassa päätöksenteossa	Collaboration and Satisfaction About Care Decisions Questionnaire (CSACD) <sup>73</sup>	Baggs JG (1993)
Epävarmuus päätöksenteossa	Decisional Conflict Scale (DCS) <sup>73</sup>	O'Connor AM (1995)
Ohjausmenetelmien arviointi		
Ryhmäohjaus ja ryhmän toiminta	Group Environment Scale -Short Form (GES) <sup>14</sup>	Moos RH (1974, 1986)
Vanhempien tyytyväisyys terapian etenemiseen ja tuloksellisuuteen	Therapy Attitude Inventory (TAI) <sup>36</sup>	Brestan E, Jacobs J, Rayfield A & Eyberg SM (1999)
Tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttaminen erilaisissa konteksteissa	Goal Attainment Scaling (GAS) <sup>81</sup>	Kiresuk TJ, Smith A & Cardillo JE (1994)
Ammatillisen kehittymisen itsearviointi erityisopetuksessa	A Technology Self-Assessment for Special Education Professors <sup>48</sup>	Blackhurst AE, Lahm EA, Bausch ME & Bell JE (2001)

#### 4.1.4 Tulosmuuttajat

Alkuperäistutkimuksissa esiintyi runsaasti erilaisia määrällisiä ja laadullisia tulosmuuttajia (taulukot 16–18). Näitä arvioitiin erilaisten indikaattorien avulla. Tämän moninaisuuden vuoksi tässä katsauksessa ei laskettu yhteistyökäytäntöihin liittyvien ns. ennustekijöiden ja tulosmuuttajien välisiä p-arvoja tai selitysosuuksia. Tulokset eivät olleet kovin/lainkaan vertailukelpoisia eikä yhteistyökäytäntöjen vaikuttavuuden osoittaminen luotettavasti ollut mahdollista. Myös toimintaympäristöjen erilaisuus asettaa haasteita ja rajoitteita yhteistyökäytäntöjen vaikuttavuuden arvioinnille.

Tällaisia tekijöitä alkuperäistutkimuksissa olivat esimerkiksi lasten ja perheiden parissa työskentelevin osaamisen vaihtelu, erilaiset palvelujärjestelmää ohjaavat hallinnolliset, strategiset ja organisaatiosidonnaiset ohjeet ja linjaukset, vanhempien ja työntekijöiden osallisuuden ja asenteiden erot sekä perheiden erilaiset sosioekonomiset ja kulttuuriset taustatekijät.

*Lapseen ja perheeseen liittyvien tulospuuttujien avulla arvioitiin muun muassa lapsen käyttäytymistä ja kehitystä sekä koulumenestystä, vanhemmuuteen liittyviä voimavaroja sekä kuormittavia tekijöitä, perheen ja arjen toimivuutta, palvelujen käyttöä, kustannuksia sekä lapsen ja vanhemman kokemuksia yhteistyöstä ja osallisuudesta (Taulukko 16).*

**Taulukko 16. Lapsiin ja perheisiin kohdistuvat tulospuuttajat (n = 49)**

Tulospuuttaja	Tutkimuksen numero
Asenne vanhemmuuteen	13, 14, 46
Hoitoisuus	25
Itseluottamus vanhempana	11, 47, 80
Itsetunto	14
Jaettu päätöksenteko	73
Kodin ilmapiiri	13
Kodin ulkopuolisten sijoitusten ja huostaanottojen määrä	14, 59
Kotikäyntien määrä	75
Koulumenestys	70, 88
Kustannukset	14, 83
Lapsen astmaohtausten frekvenssi	12
Lapsen ensiapu- ja sairaalakäyntien määrä	25
Lapsen ja vanhemman välinen suhde	13
Lapsen kaltoinkohtelun esiintyminen	25, 57, 59, 83
Lapsen kehitystaso	10, 13, 24, 53, 55, 57, 80, 81
Lapsen kielellinen taso, kommunikaatio	16, 41, 80
Lapsen käyttäytyminen (mm. huutaminen, ylivilkkaus, käytöshäiriöt)	1,6, 13, 16, 32, 36, 37, 46, 55, 65, 80, 88
Lapsen sopeutuminen	32, 82
Lapsen tai vanhemman kokemukset (palvelusta, yhteistyöstä, siirtymästä)	1,3, 10, 21, 33, 40, 45, 48, 63, 70, 71, 73, 74, 75, 78, 81, 88
Lapsen terveys	24, 57
Lapsen yöheräily	12
Luokan ilmapiiri	37
Lähisuhdeväkivallan esiintyminen	25, 82, 84
Muutoshalukkuus	59
Ongelmanratkaisutaidot	24
Palvelujen käyttö	13, 22, 40, 59, 83, 84
Perheen ongelmat	22
Perheen toiminta, päivittäinen toiminta	32, 80
Poissaolojen määrä	88
Päihteiden käyttö	25, 57, 84
Sosiaalisen tuen määrä	14
Sosiaaliset suhteet	59, 78, 80
Sosiaaliset taidot	46
Toimintakyky	83

Toimintarajoitteisten päivien määrä	12
Turvallisuus	57
Tyytyväisyys tiedonkulkuun	74
Vanhemman mieliala	25, 36, 59, 84
Vanhemmuuden taidot	36
Vanhemmuuteen liittyvä stressi	11, 14, 32, 47, 57, 80
Vanhempien käyttämät kasvatustenetelmät	25
Vanhempien osallisuus	80
Vanhempien tai perheen elämänlaatu	12, 42
Vanhempien tiedot lapsen kehityksestä, terveydestä	13, 40, 80
Vanhempien tilanne	10, 57, 59, 80
Vanhempien, perheen terveys, hyvinvointi	57, 82
Verbaalinen ja nonverbaalinen päättely	53
Visuaalinen tarkkaavaisuus	53

*Työntekijöihin liittyvät* tulospuuttajat olivat enimmäkseen laadullisia, eri työntekijäryhmien yhteistyökokemuksien kuvaukseen liittyviä, työntekijän erilaisiin valmiuksiin ja toimintatapoihin liittyviä sekä perheiden huomioimista arvioivia muuttajia. (Taulukko 17.)

**Taulukko 17. Työntekijöihin ja työyhteisöön kohdistuvat tulospuuttajat (n = 23)**

Tulospuuttaja	Tutkimuksen numero
Asiakastapausten laatu	49
Auttamisvalmius	8
Intervention soveltaminen	37
Itsereflektio	8, 15
Keskustelunaiheet	49
Lasten ja vanhempien osallistuminen	39
Lastensuojelutapausten arviointi ja hoitaminen	39
Lääkemääräykset	74
Perhekeskeisen työotteen toteutuminen	80
Prosessin arviointi	31
Teknologian käyttö	48
Toteutuneiden työmuotojen määrä	49
Työntekijän rooli	56
Työntekijän tyytyväisyys	39
Työntekijöiden asenteet	54
Työntekijöiden kokemus yhteistyöstä, koulutuksesta	7, 8, 18, 34, 45, 54, 72
Työvoima	56
Vanhempien arvioi työntekijästä	15
Verkoston laajuus	44
Yhteistyömallin toiminta	67
Yhteistyön laatu	39

*Palvelujärjestelmään tai organisaatioon* liittyvät tulospuuttajat olivat myös luonteeltaan ensisijaisesti laadullisia ja niissä painottui myös eri tahojen kokemukset yhteistyön toteutumisesta. Tulospuuttajat liittyivät myös palvelujen tarpeen, käytön ja toteutumisen arviointiin sekä palvelujen integroimiseen saumattomasti. Yhdessä-

kään palvelujärjestelmään tai organisaatioon kohdistuvassa tutkimuksessa ei oltu huomioitu kustannuksia tai kustannusvaikuttavuutta tulomuuttujana. (Taulukko 18.)

**Taulukko 18. Palvelujärjestelmään kohdistuvat tulomuuttujat (n = 31)**

Tulosmuuttuja	Tutkimuksen numero
Hoidon jatkuvuus	77
Intervention sovellettavuus	64
Järjestelmän muutos	28
Koettu oppimisprosessi	2
Kokemus yhteistyön toteutumisesta	2, 4, 23, 26, 29, 38, 43, 50, 64, 66, 68
Lastensuojelun kehittämistarpeet	17
Muutoksen edistäminen	76
Näyttöön perustuva toiminta	8
Palvelujen integraatio	88
Palvelujen johtaminen	86, 87
Palvelujen tarve, käyttö ja tarjonta	5, 60, 62, 86
Palveluketjujen syntyminen	77
Perheiden riskitekijät	5
Perheiden/kansalaisten osallistaminen	51, 52
Toiminnan verkottuminen	77
Toimintaprosessin toteutuminen	69
Toimintaympäristö	28
Yhteistyön laatu, prosessi	27, 28

#### 4.1.5 Aineistoon valikoituneiden tutkimusten laatu

Määrällisten tutkimusten laadun arvioinnissa käytettiin valmista tarkistuslistaa, Quality Criteria Checklist, jota sovellettiin tässä tutkimuksessa. Lista on Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) vuonna 2000 kehittämä strukturoitu lo-make, joka sisältää neljä kysymystä, joiden avulla arvioitiin tutkimuksen relevanttisuutta ja 10 kysymystä, jotka arvioivat tutkimuksen laatua. Laadullisen tutkimuksen arviointi perustui Bromleyn ym. 2002 kehittämään, kansainvälisessä käytössä olevaan luokitukseen. Tutkimukset luokiteltiin laadun arvioinnin mukaisesti laadultaan hyviin, keskitasoihin ja heikkoihin tutkimuksiin. Suurin osa tutkimuksista (87 %) oli laadultaan heikkoja tai keskitasoisia. Laadultaan hyviä tutkimuksia oli aineistossa mukana 12. (Taulukko 19.)

**Taulukko 19. Aineistoon valikoituneiden tutkimusten laatu (N = 88)**

Tutkimuksen laatu	n	%
Hyvä	12	13
Keskitaso	33	38
Heikko	43	49

Määrällisten tutkimusten osalta arvioitiin muun muassa sitä olivatko tutkimuskysymykset selkeästi määritetty, osallistujien valintakriteerit kuvattu, tutkimusryhmät vertailukelpoisia, katoanalyysi tehty, oliko sokkouttamista tai satunnaistamista käytetty, olivatko vaikuttavat tai väliintulevat muuttujat selkeästi kuvattu, oliko mittauksen reliabiliteettia ja validiteettia arvioitu, olivatko käytetyt tilastolliset menetelmät adekvaatteja, perustuivatko tulokset asetelmaan, perustuivatko johtopäätökset tuloksiin ja oliko tutkimuksen rajoitukset huomioitu sekä oliko tukevat tahot kuvattu selkeästi. Määrällisten tutkimusten suurimmat puuttet liittyivät siihen, että osallistujien valikoitumista, katoa sekä väliin tulevia muuttujia ja mittauksen reliabiliteettia ja validiteettia ei oltu raportoitu riittävällä tarkkuudella. Nämä vaikeuttivat tulosten vertailtavuutta sekä asettivat rajoituksia niiden yleistettävyyden arvioinnille. (Taulukko 20.)

**Taulukko 20. Määrällisten tutkimusten laadun arviointi (n = 40)**

Kriteeri	n (%)	Kyllä	n (%)	Ei
		Tutkimuksen numero		Tutkimuksen numero
Tutkimuskysymyksen selkeä määrittely	32 (80)	6, 10, 11, 12, 13, 16, 20, 22, 24, 25, 28, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 44, 46, 50, 55, 57, 59, 70, 73, 74, 80, 81, 82, 84, 88	8 (20)	4, 9, 14, 19, 30, 78, 83, 85
Osallistujien valintakriteereiden kuvaus	12 (30)	6, 11, 13, 22, 25, 36, 37, 39, 40, 55, 73, 74	28 (70)	4, 9, 10, 12, 14, 16, 19, 20, 24, 28, 30, 32, 33, 41, 44, 46, 50, 57, 59, 70, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88
Tutkittavien ryhmien vertailukelpoisuus	8 (21)	12, 25, 36, 37, 39, 40, 74, 83	30 (79)	4, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 24, 28, 30, 32, 33, 41, 44, 46, 50, 55, 57, 59, 70, 73, 78, 80, 82, 84, 85, 88
Katoanalyysi	1 (3)	22	38 (97)	4, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 24, 25, 28, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 44, 46, 50, 55, 57, 59, 70, 73, 74, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88
Satunnaistaminen	2 (5)	11, 55	37 (95)	4, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 24, 25, 28, 30, 32, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 44, 46, 50, 57, 59, 70, 73, 74, 78, 80, 81, 82, 83, 85, 88
Vaikuttavien muuttujien selkeä kuvaus	7 (17)	11, 12, 19, 28, 37, 40, 55	33 (83)	4, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 20, 22, 24, 25, 30, 32, 33, 36, 39, 41, 44, 46, 50, 57, 59, 70, 73, 74, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88
Reliabiliteetin ja validiteetin arviointi	19 (48)	6, 12, 13, 14, 16, 25, 33, 36, 37, 40, 41, 55, 59, 70, 73, 81, 82, 83, 88	21 (52)	4, 9, 10, 11, 19, 20, 22, 24, 28, 30, 32, 39, 44, 46, 50, 57, 74, 78, 80, 84, 85
Tilastollisten menetelmien tarkoituksenmukaisuus	28 (70)	6, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 44, 46, 57, 59, 70, 73, 74, 80, 81, 82, 84	12 (30)	4, 9, 10, 20, 24, 32, 50, 55, 78, 83, 85, 88
Johtopäätösten perustuminen tuloksiin, tutkimuksen rajoitukset	26 (65)	4, 6, 9, 10, 12, 13, 16, 22, 24, 25, 28, 33, 37, 39, 40, 41, 50, 57, 59, 70, 74, 80, 82, 83, 84, 88	14 (35)	11, 14, 19, 20, 30, 32, 36, 44, 46, 55, 73, 78, 81, 85
Sidonnaisuuksien kuvaus	15 (38)	6, 13, 25, 33, 37, 39, 41, 55, 59, 70, 74, 80, 81, 82, 83	25 (62)	4, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 22, 24, 28, 30, 32, 36, 40, 44, 46, 50, 57, 73, 78, 84, 85, 88

Laadullisten tutkimusten osalta arvioitiin, oliko tutkimuksen tarkoitus selkeä, oliko laadullinen lähestymistapa perusteltu, olivatko tutkimuskysymykset selkeästi määritetty ja kohdennettu, olivatko käytetyt menetelmät adekvaatteja suhteessa tutkimus-

kysymyksen asetteluun, olivatko tiedonantajat tai lähteet valittu tarkoituksenmukaisesti, oliko tutkijan rooli selkeästi kuvattu, oliko eettiset asiat huomioitu, oliko analyysiprosessi kuvattu selkeästi, olivatko tulokset koherentteja ja oliko niiden luotettavuutta arvioitu, oliko tulosten merkitystä pohdittu ja oliko tässä pohdinnassa otettu tutkimuksen rajoitukset huomioon. Myös laadullisten tutkimusten suurimmat puutteet liittyivät siihen, että tutkimuskysymyksiä, analyysiprosessin etenemistä sekä tutkimuksen luotettavuutta ei oltu raportoitu riittävällä tarkkuudella. (Taulukko 21.)

**Taulukko 21. Laadullisten tutkimusten laadun arviointi (n = 52)**

Kriteeri	n (%)	Kyllä Tutkimuksen numero	n (%)	Ei Tutkimuksen numero
Tutkimuksen tarkoituksen selkeä kuvaus	40 (77)	3, 5, 7, 14, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 43, 45, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 75, 77, 79, 81, 85, 86	12 (23)	1, 2, 4, 8, 9, 15, 18, 30, 49, 53, 66, 76
Laadullisen lähestymistavan perustelu	39 (75)	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 45, 49, 53, 54, 56, 58, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 75, 81, 86	13 (25)	5, 14, 17, 29, 30, 43, 60, 61, 66, 76, 77, 79, 85
Tutkimuskysymysten selkeä määrittely ja kohdennus	14 (27)	20, 22, 27, 38, 42, 45, 49, 56, 62, 63, 68, 71, 77, 81	38 (73)	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 21, 23, 26, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 43, 53, 54, 58, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 69, 72, 75, 76, 79, 85, 86
Menetelmien soveltuvuus suhteessa tutkimuskysymyksiin	28 (54)	3, 7, 8, 9, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 31, 35, 38, 42, 45, 49, 54, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 71, 75, 81, 86	24 (46)	1, 2, 4, 5, 14, 15, 17, 29, 30, 32, 34, 43, 53, 56, 58, 60, 61, 66, 69, 72, 76, 77, 79, 85
Tiedonantajien/ tietolähteen tarkoituksenmukainen valinta	37 (71)	1, 3, 4, 8, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 26, 27, 31, 32, 35, 38, 42, 45, 49, 53, 58, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 75, 76, 77, 79, 81, 85, 86	15 (29)	2, 5, 7, 9, 14, 23, 29, 30, 34, 43, 54, 56, 62, 63, 69
Aineiston keruun tarkoituksenmukaisuus	31 (60)	3, 4, 8, 15, 18, 20, 21, 22, 26, 27, 32, 34, 35, 38, 42, 45, 49, 54, 56, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 75, 77, 81, 86	21 (40)	1, 2, 5, 7, 9, 14, 17, 23, 29, 30, 31, 43, 53, 58, 60, 61, 66, 72, 76, 79, 85
Tutkijan roolin selkeä kuvaus	10 (20)	1, 7, 9, 21, 22, 45, 62, 65, 67, 79	40 (80)	2, 3, 4, 5, 8, 15, 20, 23, 14, 17, 18, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 42, 43, 49, 53, 54, 56, 58, 60, 61, 63, 64, 66, 68, 69, 71, 72, 75, 76, 81, 85, 86
Eettisten kysymysten huomiointi	5 (10)	7, 54, 66, 77, 79	47 (90)	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 43, 45, 49, 53, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 75, 76, 81, 85, 86
Analyysiprosessin selkeä kuvaus	6 (12)	65, 71, 72, 76, 77, 79	45 (88)	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 43, 45, 49, 53, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 75, 85, 86
Tutkimustulosten validius	7 (13)	56, 62, 65, 66, 68, 71, 76	45 (87)	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 43, 45, 49, 53, 54, 58, 60, 61, 63, 64, 67, 69, 72, 75, 77, 79, 81, 85, 86
Tutkimustulosten relevanttius	13 (25)	3, 45, 62, 64, 65, 66, 68, 69, 71, 75, 76, 81, 86	39 (75)	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 43, 49, 53, 54, 56, 58, 60, 61, 63, 67, 72, 77, 79, 85
Tutkimuksen merkityksen pohdinta	48 (92)	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 38, 42, 43, 45, 49, 53, 54, 56,	4 (8)	1, 17, 68, 69

		58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 71, 72, 75, 76, 77, 79, 81, 85, 86		
Tutkimuksen rajoitus-	16 (31)	1, 3, 4, 35, 38, 42, 45, 49, 61, 62, 64, 65, 71, 77, 79, 86	36 (69)	2, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 43, 53, 54, 56, 58, 60, 63, 66, 67, 68, 69, 72, 75, 76, 81, 85
ten huomiointi				

## 4.2 Yhteistyöinterventioiden kuvaus

### 4.2.1 Interventioiden ominaisuudet

Yhteistyöinterventiot eivät yleensä pohjautuneet tiettyyn taustateoriaan tai viitekehukseen. Tutkimuksista 74 prosentissa ei taustateoriaa ollut tai sitä ei oltu kuvattu. Vahvimmin taustateorioista esillä olivat muuan muassa perhekeskeisyys (17 % tutkimuksista) sekä voimaantumisen teoria (9 %), joita oli käytetty etenkin terveystieteellisissä tutkimuksissa. (Taulukko 22.)

**Taulukko 22. Intervention taustateoria (N = 88)**

Intervention taustateoria	n	%	Tutkimuksen numero
Ekologinen teoria	1	1	70
Heikkouksien ja voimavarojen huomioiminen	1	1	18
Kognitivistis-behavioristinen	1	1	36
Konstruktivismi	2	2	11, 19
Narratiivinen	1	1	42
Nollatoleranssi	1	1	23
Perhekeskeisyys	15	17	3, 4, 10, 11, 16, 20, 21, 24, 30, 42, 45, 50, 55, 72, 79
Positiivisen käyttäytymisen tuki	1	1	37
Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen lähestymistapa	2	2	36, 42
Varhainen puuttuminen (Early Intervention)	2	2	37, 88
Voimaantuminen	8	9	3, 4, 10, 11, 16, 20, 32, 55
Ei taustateoriaa tai ei kuvattu	65	74	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87

Yhteistyöintervention kontekstina oli noin kolmanneksessa tutkimuksista lapsen kehitysympäristö: koti, päivähoito tai koulu (esikoulu, alakoulun ensimmäinen tai toinen luokka). Kotiin vietyjä interventioita oli kehitetty 16 prosentissa tutkimuksista. Päiväkotiympäristössä totutettuja yhteistyöinterventioita oli vain vähän. Nämä tutkimukset liittyivät lähinnä kouluvalmiuksien tukemiseen ja koulun aloitukseen liittyvän siirtymävaiheen valmisteluun. Palvelujärjestelmätasolla toteutettuja yhteistyöinterventioita oli 13. Interventioiden siirrettävyyden ja yleistettävyyden kannalta on huomionarvoista, että mukana oli paljon tutkimuksia, joissa yhteistyöintervention kontekstia ei ollut kuvattu. (Taulukko 23.)

**Taulukko 23. Toiminnan konteksti (N = 88)**

Toiminnan konteksti	n	%	Tutkimuksen numero
Ennaltaehkäisevän avohoidon yksikkö (neuvola, kouluth) tmv.	4	5	40, 42, 77, 78
Kerho tmv.	2	2	36, 46
Koti	14	16	10, 11, 13, 20, 21, 25, 30, 36, 57, 59, 65, 75, 82, 84
Koulu tai vastaava	16	18	1, 6, 12, 19, 23, 29, 36, 37, 38, 48, 55, 58, 70, 85, 87, 88,
Laitoshoidon yksikkö (sairaala, kuntoutusyksikkö tmv.)	7	8	42, 45, 49, 72, 73, 74, 77
Lasten ja perheiden mielenterveys-palvelu	1	1	5
Lastensuojelu	1	1	4
Muu avohoidon yksikkö (poliklinikka, terveysasema tmv.)	7	8	7, 11, 42, 44, 75, 77, 81,
Opetustoimi tai muu vastaava	1	1	63
Palvelujärjestelmä	13	15	26, 27, 43, 50, 51, 52, 56, 64, 66, 68, 69, 76, 86
Perhetyö	1	1	62
Päiväkoti tai vastaava	2	2	31, 41
Sosiaalihuollon organisaatio	2	2	8, 63
Sosiaalikeskus tai vastaava	1	1	39
Terveystoimi tai muu vastaava	1	1	63
Verkosto	2	2	42, 54
Vertaisryhmä	2	2	10, 14
Virtuaaliympäristö	1	1	47
Yhteisö	1	1	28
Toiminnan kontekstia ei kuvattu	21	24	2, 3, 9, 15, 16, 17, 18, 22, 24, 32, 33, 34, 35, 53, 60, 61, 67, 71, 79, 80, 83

Yhteistyöinterventiot sisälsivät monipuolisesti erilaisia työmenetelmiä. Työmenetelmänä oli reilussa kolmanneksessa tutkimuksista käytetty erilaista neuvontaa, ohjausta ja koulutusta (36 %) tai moniammatillista tiimiä (39 %). Noin puolessa interventioissa oli muutettu entisiä toiminta- ja työskentelytapoja. Kotikäyntejä oli toteutettu 22 prosentissa tutkimuksista. Monessa interventiossa oli käytetty useita eri työmenetelmiä. (Taulukko 24.)

**Taulukko 24. Interventioiden sisältämät työmenetelmät (N = 88)**

Toiminnan konteksti	n	%	Tutkimuksen numero
Asiantuntijakonsultaatio	16	18	6, 16, 17, 24, 29, 36, 37, 38, 39, 41, 45, 47, 48, 54, 63, 65
Henkilökohtainen palveluohjaaja	8	9	3, 21, 22, 33, 38, 42, 82, 84
Hoito, kuntoutus, terapia	9	10	3, 14, 20, 30, 41, 53, 81, 83, 84
Hoitopalaverit	1	1	49
Internet-perustainen verkosto	2	2	47, 54
Itsearviointi tai -dokumentointi	10	11	8, 9, 15, 16, 17, 40, 42, 73, 74, 84
Kirjallinen materiaali	15	17	16, 24, 25, 29, 35, 39, 40, 41, 42, 45, 47, 58, 73, 77, 81
Koulutus, ohjaus, neuvonta	32	36	4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 19, 24, 29, 32, 33, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 55, 61, 65, 72, 73, 81, 82, 84



Kotikäynti	19	22	6, 10, 13, 20, 21, 25, 30, 32, 33, 55, 57, 59, 65, 70, 75, 82, 84, 86, 88
Kotitehtävät	6	7	6, 16, 24, 36, 55, 65
Kriisipalvelu	1	1	33
Kuljetuspalvelut	3	3	3, 42, 46
Lastenhoito/kotiapu	9	10	3, 10, 21, 25, 32, 33, 36, 46, 84
Lasten tuottaman materiaalin hyödyntäminen työskentelyssä	1	1	31
Moniammatillinen tiimi/verkosto	34	39	1, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 20, 21, 22, 30, 31, 33, 37, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 49, 53, 54, 58, 62, 63, 66, 67, 77, 81, 83, 86, 88
Muutos henkilökuntarakenteessa tai määrässä	1	1	83
Muutos järjestelmän tai organisaation rakenteissa	7	8	28, 35, 51, 60, 62, 69, 86
Muutos tiedonhallinnassa (esim. tietojärjestelmien kehittäminen)	1	1	64
Muutos työmenetelmässä tai prosessissa	45	51	1, 2, 4, 6, 9, 12, 14, 18, 19, 21, 23, 26, 29, 30, 31, 35, 38, 41, 42, 43, 45, 48, 50, 52, 53, 54, 56, 60, 62, 63, 65, 66, 67, 69, 73, 74, 76, 77, 79, 81, 82, 83, 86, 87, 88
Osallistuminen organisaation tai järjestelmän arviointiin, kehittämiseen tai toimintaan (esim. koulu- tai muussa lähiyhteisössä, alueellisen tai paikallisen tason päätöksentekolimissa)	7	8	2, 4, 5, 14, 35, 51, 58
Palvelut samassa tilassa	1	1	66
Ryhmätyöskentely	1	1	67
Terveystarkastukset (laajennetut tai erityisasiantuntijan suorittamat)	1	1	83
Tihennetty tai säännönmukainen hoito tai seuranta	9	10	12, 14, 16, 20, 25, 36, 81, 82, 84
Työnohjaus	1	1	3
Vanhempien osallistaminen	5	6	22, 29, 50, 80, 88
Vanhempi-, lapsi-, tai muu ryhmätapaaminen tai -toiminta	14	16	10, 17, 33, 36, 41, 42, 45, 46, 55, 70, 75, 78, 82, 83
Virkistys- ja vapaa-ajantoiminta	2	2	14, 42
Verkostotyö	1	1	42
Vertaistuki	6	7	10, 14, 33, 35, 47, 55
Videoavusteinen havainnointi	5	6	6, 30, 36, 42, 65
'Yhden oven' periaate tai yhteneväinen hoitoonohjaus	2	2	67, 83
Yhteiset lomakkeet tai toimintamallit	6	7	13, 23, 42, 45, 71, 77
Yksilöllinen hoito- tai palvelusuunnitelma	12	14	3, 21, 22, 25, 30, 37, 42, 65, 74, 77, 83, 84
Ei kuvattu	5	6	27, 56, 68, 71, 85

Interventioihin osallistui paljon eri henkilöitä (taulukko 25). Useimmin yhteistyöinterventioissa oli mukana lapset (41 %), ainakin toinen lapsen vanhemmista (44 %),

koulun opettajat (18 %) tai lasta hoitava terveydenhuollon henkilöstö (22 %). Mo-  
neen interventioon osallistui samanaikaisesti useita eri henkilöitä. (Taulukko 25.)

**Taulukko 25. Interventioon osallistuneet (N = 88)**

Interventioon osallistuneet	n	%	Tutkimuksen numero
Asiantuntija	1	1	39
Ei ammattilainen	3	3	57, 82, 84
Erityistyöntekijä	1	1	66
Fysio-, toiminta-, puheterapeutti tmv.	10	11	15, 16, 20, 21, 37, 38, 41, 53, 81, 83
Isovanhemmat	1	1	36
Lasten palveluiden johtajat	1	1	17
Kehitysvammaisia työssään koh- taavat	1	1	64
Kotikäyntityöntekijä	1	1	25
Kouluavustaja tmv.	2	2	12, 38
Koulukuraattori/oppilaanohjaaja tmv.	1	1	66
Kuntoutustyöntekijät	1	1	81
Kuulovammaisia lapsia työssä kohtaavat	1	1	61
Lapsi	36	41	1, 3, 6, 10, 11, 12, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 25, 29, 30, 31, 33, 37, 38, 41, 46, 48, 50, 53, 56, 57, 65, 70, 75, 77, 80, 81, 82, 83, 86, 88
Lastensuojelun henkilöstö	4	5	4, 26, 43, 76
Leikkispecialisti	1	1	20
Mielenterveyspalveluita tuottavat tahot	1	1	5
Opettaja tmv.	16	18	1, 6, 12, 15, 16, 19, 21, 23, 29, 31, 37, 38, 41, 48, 85, 88
Palvelukooridnaattori	5	6	3, 6, 22, 33, 83
Perhe	14	16	3, 24, 30, 32, 42, 45, 55, 56, 57, 59, 65, 78, 83, 86
Perhetyön eri toimijat	4	5	32, 42, 46, 62
Psykiatri/lääkäri tmv.	10	11	7, 12, 30, 44, 49, 54, 73, 74, 77, 83
Psykologi tmv.	6	7	10, 20, 30, 37, 53, 63
Rehtori	3	3	23, 29, 37
Sosiaalityön johtaja	1	1	63
Sosiaalityöntekijä tmv.	8	9	17, 23, 37, 39, 59, 63, 66, 88
Taiteilijat	1	1	31
Terveyden-/sairaanhoitaja tmv.	19	22	7, 9, 10, 12, 15, 20, 30, 37, 45, 47, 49, 54, 56, 72, 73, 74, 77, 78, 79
Tukihenkilö	1	1	10
Tutkija	3	3	1, 45, 65
Vanhempi	39	44	5, 6, 10, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 29, 33, 35, 36, 38, 40, 46, 47, 48, 50, 54, 56, 63, 70, 73, 74, 75, 77, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 88
Vertaistukihenkilö	1	1	14
Ei kuvattu	16	18	2, 8, 13, 18, 27, 34, 28, 51, 52, 58, 60, 67, 68, 69, 71, 87

Intervention tuottajatahona oli useimmin kunta tai sitä vastaava taho. Valtio tuotti 11 prosenttia interventioista. Suuressa osassa tutkimuksista (32 %) ei oltu selkeästi kuvattu interventiota tuottavaa tahoa. (Taulukko 26.)

**Taulukko 26. Intervention tuottajataho (N = 88)**

Intervention tuottajataho	n	%	Tutkimuksen numero
Kolmas sektori	1	1	42
Koulu	1	1	58
Kunta	42	48	1, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 22, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 40, 41, 43, 45, 46, 52, 54, 56, 57, 59, 62, 63, 66, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78, 81, 83, 84, 86, 88
Sairaala	1	1	45
Valtio	10	11	20, 29, 48, 50, 51, 60, 64, 69, 79, 85
Yksityinen tuottaja	1	1	36
Yliopisto	7	8	11, 16, 44, 54, 55, 65, 82
Ei kuvattu	28	32	2, 3, 7, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 31, 34, 38, 39, 47, 53, 61, 62, 67, 68, 72, 77, 80, 86, 87

Interventioiden kesto vaihteli yhdestä vuorokaudesta viiteen vuoteen. Osassa interventioista niiden kesto saattoi vaihdella yksilöllisen tarpeen mukaan. Yli puolessa tutkimuksista ei oltu kuvattu selkeästi intervention kestoja, joka asettaa rajoitteita kehitettyjen yhteistyöinterventioiden siirrettävyydelle tai laajemmalle implementoinnille. (Taulukko 27.)

**Taulukko 27. Intervention kesto (N = 88)**

Intervention kesto	n	%	Tutkimuksen numero
Alle 3 kk	7	8	1, 9, 44, 46, 47, 55, 61
3–6 kk	9	10	24, 36, 37, 39, 41, 74, 82, 83, 88
7–12 kk	2	2	6, 11
1–2 vuotta	5	6	8, 12, 31, 43, 45
Yli 2 vuotta	9	10	15, 16, 25, 38, 48, 57, 58, 70, 77
Kesto vaihtelee tarpeen mukaan	11	13	3, 14, 20, 22, 25, 30, 38, 42, 57, 75, 84
Ei tietoa	46	52	2, 4, 5, 9, 10, 13, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 40, 45, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 76, 78, 79, 80, 81, 85, 87

#### 4.2.2 Interventioiden tavoite

Yhteistyöinterventiot ryhmiteltiin viiteen luokkaan sen mukaan, mikä oli interventioiden tavoitteena. Interventioiden tavoitteet liittyivät 1) lapseen tai 2) hänen vanhempiinsa, 3) yhteisöön (esimerkiksi koulu tai luokkayhteisö), 4) työntekijään tai työyhteisöön sekä 5) järjestelmään tai toimintaprosessiin. Suurin osa interventioista oli suunnattu tilanteeseen, jossa lapsella oli jo todettu vaikeuksia tai ongelmia kehi-

tyksessä, oppimisessa tai käyttäytymisessä. Interventioita, jotka suuntautuivat lapsen ja perheen, työntekijän tai kouluyhteisön tukemiseen tilanteessa, jossa erityistä tuen tarvetta ei vielä ollut ilmennyt oli ainoastaan vähän. (Taulukko 28).

*Lapseen ja perheeseen* liittyvät interventiot kohdistuivat erityisesti lapsiin, joilla oli joitain kehitykseen, oppimiseen, käyttäytymiseen tai terveyteen liittyviä ongelmia tai vaikeuksia. Interventioiden tavoitteena oli muun muassa vähentää lapsen oppimiseen ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia sekä edistää vanhempien osallisuutta. *Yhteisöön* liittyvien interventioiden avulla pyrittiin tukemaan oppimista ja vähentämään ryhmässä esiintyviä ongelmia. *Työntekijöihin* liittyvät interventiot kohdistuivat erilaisten moniammattillisten ryhmien muodostamiseen ja yhteistyön edistämiseen tiimi- ja verkostotyössä. Interventioiden tavoitteena oli muun muassa kehittää työntekijöiden yhteistyötaitoja ja yhteistyöhön liittyviä työskentelyprosesseja sekä vähentää ongelmia koulu- ja luokkayhteisössä. *Järjestelmään tai toimintaprosesseihin* liittyvät interventiot kohdistuivat erilaisiin yhteistyötä määrittäviin ohjeisiin tai kehittämishankkeisiin. Näiden interventioiden tavoitteena oli muun muassa arvioida palveluja ja kehittää niihin liittyviä palveluprosesseja. (Taulukko 28.)

**Taulukko 28. Interventioiden tavoite ja tarkoitus (N = 88)**

Lapseen kohdistuvat interventiot	n	%	Tutkimuksen numero
Fyysisen terveyden tukeminen	5	6	12, 13, 25, 57, 75
Kehityksen tukeminen ilman erityistä syytä tai kohdetta	1	1	10
Koulussa läsnäolon tukeminen	1	1	88
Käyttäytymisen tukeminen tai käyttäytymisongelmien väheneminen	11	13	1, 3, 6, 10, 11, 16, 22, 36, 46, 65, 88
Lapselle tarkoitustenmukaisten palvelujen koordinointi	1	1	21
Lapsen hoidon ja kasvatuksen tukeminen	1	1	16
Lapsen itsetunnon edistäminen	1	1	82
Lapsen kiellisen kehityksen tukeminen	2	2	16, 41
Lapsen kotihoidon tukeminen	1	1	20
Lapsen laitossijoitusten vähentäminen	2	2	59, 76
Lapsen perhetilanteen edistäminen	4	5	30, 75, 59, 82
Luovuuden ja innovatiivisuuden lisääminen	1	1	31
Nopea palauttaminen huostaanoton jälkeen omaan perheeseen	1	1	83
Oppimisen tukeminen tai oppimiseen liittyvien ongelmien väheneminen	7	8	29, 31, 48, 55, 70, 87, 88
Psykososiaalisen kehityksen ja terveyden tukeminen	8	9	3, 13, 25, 30, 53, 57, 75, 82
Siirtymävaiheen tukeminen	1	1	81
Sosiaalisten suhteiden vahvistaminen	1	1	46
Terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen	3	3	56, 83, 86
Tunne-elämän tukeminen	2	2	3, 22

Turvallisuuden lisääminen	3	3	13, 25, 83
Vammaisen tai pitkäaikaissairaalan lapsen tukeminen	4	5	11, 20, 30, 80

Vanhempaan kohdistuvat interventiot	n	%	Tutkimuksen numero
Elämänlaadun ja itsetunnon edistäminen	1	1	82
Erityistä tukea tarvitsevan lapsen tarpeiden huomioiminen	9	10	3, 6, 10, 16, 30, 48, 50, 65, 77
Jaksamisen tukeminen	1	1	10
Koulun ja kodin välisen yhteistyön paraneminen	1	1	88
Lapseen liittyvät tiedot ja taidot	2	2	19, 36
Lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen tukeminen	2	2	24, 57
Lapsen laiminlyönnin tai kaltoinkohtelun ehkäiseminen	8	9	13, 25, 32, 33, 57, 59, 75, 82
Lapsen oppimisen tukeminen	1	1	55
Lapsen sairauteen liittyvän hoidon tukeminen	7	8	12, 20, 30, 40, 73, 74, 77
Lapsen syntymä	2	2	54, 75
Moniongelmaisuuksien väheneminen	4	5	13, 14, 25, 57
Ongelmanratkaisutaitojen edistäminen	3	3	24, 25, 36
Päihde- ja mielenterveysongelmien vähentyminen	1	1	82
Riskitekijöiden vähentäminen	1	1	84
Siirtymävaiheen tukeminen	6	7	25, 47, 54, 75, 78, 81
Sijaisvanhemmuuden tukeminen	1	1	63
Sosiaalisen verkoston tukeminen	4	5	10, 14, 46, 82
Taloudellisen tilanteen tukeminen	1	1	75
Teinivanhemman tukeminen ja uusien raskauksien ehkäisy	2	2	21, 75
Toimintakyky	1	1	83
Vanhemmuuden tukeminen	3	3	25, 33, 75
Vanhemmuuteen liittyvät tiedot ja taidot	5	6	13, 25, 40, 46, 73
Vanhemmuuteen liittyvät tunteet	3	3	13, 25, 46
Varhaisen tuen tarjoaminen	1	1	42
Voimaantumisen tai osallisuuden tukeminen	23	26	3, 10, 13, 16, 19, 25, 29, 32, 35, 40, 42, 45, 50, 55, 56, 58, 71, 73, 75, 85, 86, 87, 88
Yhteisöön (esim. työ- tai kouluyhteisöön) kohdistuvat interventiot	n	%	Tutkimuksen numero
Ongelmien väheneminen	2	2	55, 88
Oppimisen tukeminen ilman ongelmaa	1	1	31
Yleisen hyvinvoinnin edistäminen	2	2	29, 86
Työntekijään tai työntekijäryhmään kohdistuvat interventiot	n	%	Tutkimuksen numero
Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen	1	1	74
Osaamisen kehittäminen	4	5	6, 15, 48, 61
Perhekeskeisyyden korostaminen	2	2	45, 56
Päätöksenteon tukeminen	1	1	74
Työskentelyprosessin kehittäminen	20	23	6, 7, 9, 12, 17, 19, 39, 40, 45, 48, 49, 53, 54,

			61, 67, 72, 73, 74, 77, 79
Yhteistyötaitojen tai moniammatillisessa yhteisössä toimimisen kehittäminen	13	15	7, 12, 31, 34, 40, 44, 49, 53, 54, 66, 67, 73, 77
Yleisen työhyvinvoinnin edistäminen	1	1	39

Järjestelmään tai toimintaprosessiin kohdistuvat interventiot	n	%	Tutkimuksen numero
Kustannussäästöt	1	1	83
Lasten laitossijoitusten määrän vähentäminen	1	1	76
Palveluiden välisen yhteistyön edistäminen	4	5	27, 66, 71, 77
Palvelujärjestelmän kehittäminen	2	2	76, 77
Palvelun arvioiminen ja kehittäminen	29	33	2, 4, 5, 8, 17, 18, 19, 23, 26, 27, 29, 37, 38, 43, 48, 50, 51, 52, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 69, 76, 77, 86, 87
Prosessien arvioiminen ja kehittäminen	28	32	2, 4, 5, 18, 19, 23, 26, 27, 29, 37, 38, 43, 48, 50, 51, 52, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 69, 76, 77, 83, 86, 87
Saumattomat palvelut	1	1	77
Vanhempien osallistuminen palveluprosessiin	1	1	50

#### 4.2.3 Interventioiden sisältö

Yhteistyöinterventioiden sisältö luokiteltiin sen mukaan kohdistuivatko interventiot lapseen tai hänen vanhempiinsa, työntekijöihin tai palvelujärjestelmään. Toteutetut interventiot olivat luonteeltaan hyvin heterogeenisiä ja moniulotteisia. *Lapsiin tai vanhempiin liittyvät yhteistyöinterventiot* sisälsivät muun muassa vanhempien, lasten ja koko perheen ryhmätoimintaa, kotona tapahtuvaa harjoittelua, videoavusteista ohjausta, konsultaatioapua, lastenhoito- ja kotiapua, kotikäyntejä, yksilöllisen tuen suunnittelua, kirjallisia ohjeita, vanhempien ohjausta, lasten havainnointia, lapsen myönteistä vahvistamista ja ohjausta, vanhempien osallistamista sekä palveluohjausta. (Taulukko 29.)

**Taulukko 29. Lapsen ja/tai vanhempiin kohdistuneiden interventioiden kuvaus**  
(yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa interventiota käytetty)

Interventio	Intervention sisältö
Perheen tukemisen interventiot	Konsultaatioapu <sup>32, 33</sup> Lasten tukiryhmät <sup>33</sup> Lastenhoito- ja kotiapu <sup>32, 33, 42</sup> Perhekohtainen perhetyön suunnitelma <sup>42</sup> Tuettu asuminen <sup>32, 33</sup> Vanhempien tukiryhmät <sup>32, 33, 42</sup> Videoavusteinen perheohjaus <sup>42</sup>
Vanhemmuutta edistävät interventiot	Kotiharjoittelu <sup>36</sup> Käyttäytymismallien kuvaaminen <sup>36</sup> Moniammatillinen yhteistyöryhmä <sup>63</sup> Ryhmätapaamiset <sup>36</sup>

	Säännöllinen puhelinkontakti <sup>36</sup> Säännölliset tapaamiset <sup>36</sup> Vanhempien sitouttaminen ohjelmaan <sup>80</sup> Videoavusteinen ohjaus <sup>36, 42</sup>
Perhekeskeiset interventiot	Vanhempien ja asiantuntijoiden säännöllinen tapaaminen <sup>16</sup> Vanhempien opettaminen <sup>16</sup> Vanhempien suorittama lapsen arviointi <sup>16</sup>
Varhainen puuttuminen	Henkilökohtainen palvelusuunnittelija <sup>21</sup> Kotikäynnit <sup>21, 70</sup> Lapsen kouluvalmiuksien vahvistaminen ennalta <sup>70</sup> Moniammatillisuus <sup>21</sup> Pääasiallisen palveluntarjoajan osoittaminen <sup>21</sup> Toimeentuloapu <sup>71</sup> Toiminnallinen kommunikaatio <sup>65</sup> Vanhempien osallistaminen <sup>70, 71</sup>
Ennaltaehkäisevä verkosto	Nimetty koordinaattori <sup>12</sup> Vanhempien osallistaminen <sup>12</sup> Verkostotoimijoiden koulutus <sup>12</sup> Yhteistyöverkoston perustaminen <sup>12</sup>
Ei virallinen perheen tuki	Perheen vastuunoton lisääminen <sup>14</sup> Vapaa-ajan toiminnan järjestäminen <sup>14</sup> Vapaaehtoisten pitkäaikaiset kotikäynnit <sup>13, 25</sup> Vertaistukeen perustuva auttaminen <sup>14</sup>
Kouluun liittyvät interventiot	Kodin liittäminen osaksi koulun toimintaa <sup>6, 88</sup> Koulun työntekijän kotikäynnit <sup>88</sup> Lapsen ja opettajan välisen vuorovaikutuksen videointi <sup>6, 31</sup> Lasten havainnointi <sup>31</sup> Lasten kuunteleminen <sup>31</sup> Luokkayhteisölle suunnatut tehtävät <sup>88</sup> Moniammatilliset säännölliset yhteistyötapaamiset <sup>6, 37, 41</sup> Opettaja-sosiaalityöntekijä-työskentely <sup>88</sup> Opettajien koulutus <sup>6</sup> Oppimissuunnitelman laatiminen <sup>41</sup> Palaute hyvästä käyttäytymisestä <sup>37</sup> Uudet opetusmenetelmät <sup>37</sup> Vapaa opetussuunnitelma <sup>31</sup> Yksilölliset käyttäytymisen tukemisen suunnitelmat <sup>37</sup>
Yhteisöön liittyvät interventiot	Hoito-/palvelusuunnitelma <sup>22</sup> Kriisipalvelu <sup>22</sup> Lapsen ja perheen mukaan ottaminen päätöksentekoon <sup>3, 22</sup> Lapsen ja perheen oma palvelukoordinaattori <sup>3</sup> Lasten leikki- ja vapaa-ajan ryhmät <sup>10, 82</sup> Moniammatillinen palvelu <sup>10, 20, 22</sup> Palveluohjaus <sup>3, 82</sup> Vanhemmille suunnattu apu arjen asioiden hoidossa <sup>82</sup> Vanhempi-lapsi-ryhmät <sup>10, 82</sup>
Ryhmäinterventiot	Lasten ryhmät <sup>46</sup> Perheryhmät <sup>55, 78</sup> Riskilasten turvaverkoston vahvistaminen <sup>55</sup> Vanhempien ryhmät <sup>46</sup>
Sosiaaliset kertomukset	Lasten ohjaus sosiaalisen kertomuksen kautta <sup>1</sup> Lasten verbaalinen ja aineellinen palkitseminen <sup>1</sup>

Vanhemman ja työntekijän kumppanuus	Perhelähtöinen työskentelyote <sup>56, 74</sup> Perhelähtöinen vanhempien ohjaus <sup>11</sup> Vanhemmille ja työntekijöille suunnattu yhteinen lomakkeisto lapsen kehityksen seuraamiseksi <sup>73</sup> Yhteiset hoidon/palvelun suunnittelukokoukset <sup>73</sup>
Perhekeskeinen päätöksenteko	Astmakioski <sup>74</sup> Päätöksenteon tukiohjelma <sup>74</sup>
Perheen ongelmanratkaisua edistävät interventiot	Kirjalliset ohjeet <sup>24</sup> Kotitehtävät <sup>24</sup> Manuaalit perheelle, ohjaajalle, tapaamisille <sup>24</sup>
Vanhemmat asiantuntijoina	Vanhempien täyttämät potilasasiakirjat <sup>40</sup> Vanhempi-kouluttaja -järjestelmä <sup>35</sup>
Perheneuvottelut	Perheneuvottelu lastenosastolla <sup>45</sup>
Kotiin tuotavat palvelut	Asiantuntijatukihenkilöt <sup>25</sup> Kotihoitoa tukevat poliklinikka- ja laitoshoitopalvelut <sup>30</sup> Kotihoitosopimus <sup>30</sup> Kotiin tarjottava lastensuojelupalvelu <sup>59</sup> Kotikäynnit <sup>25, 30, 32, 57, 57</sup> Kotona toteutettavat lasten terveystarkastukset <sup>57</sup> Moniammatillinen tiimi <sup>30</sup> Videovaustein ohjaus <sup>30</sup> Yksilöllinen suunnitelma <sup>25</sup>
Teknologiaperustaiset interventiot	Internet-pohjainen äitiyshuollon verkkopalvelu <sup>54</sup> Lasten oppimisen ATK-pohjainen tuki <sup>48</sup> Teknologian integrointi opetussuunnitelmaan <sup>48</sup>
Palvelujen integraatio	Palveluiden ajoitus <sup>83</sup> Palvelujen koordinaatio <sup>83</sup> Saumattomat palvelut <sup>83</sup>

*Työntekijöihin kohdistuneet yhteistyöinterventiot* sisälsivät muun muassa työntekijöiden koulutusta, asiantuntijan konsultaatiota, erilaisten yhteistyöverkostojen rakentamista, perhekeskeisen työskentelytavan omaksumista, työparityöskentelyä eri ammattiryhmien kesken, näyttöön perustuvien toimintatapojen soveltamista, teknologian hyödyntämistä, yhteisiä lomakkeistoja, sekä yhteneviä toimintatapoja. (Taulukko 30.)

### 30. Työntekijöihin kohdistuneiden interventioiden kuvaus (yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa interventiota käytetty)

Interventio	Intervention sisältö
Kumppanuuskoulutus	Kumppanuuteen perustuva hoitamisen malli <sup>9</sup> Terveystietojen koulutus <sup>9</sup>
Moniammatilliset verkostot	Internet-pohjainen verkostopalvelu <sup>54</sup> Yhteistyöverkoston rakentaminen <sup>12, 49</sup> Moniammatillinen ryhmä, tiimi, palvelu <sup>20, 34, 37, 44, 53</sup>
Palveluohjaus	Ulkopuolisen asiantuntijan käyttö <sup>39</sup>
Reflektiiviset käytännöt	Työntekijöiden kohtaamisen valmiuksia edistävä ohjaus <sup>72</sup>
Terveyskäynnit	Terveystietojen terveyttä edistävä ja perhekeskeinen työskentely <sup>79</sup>
Työparityöskentely	Opettaja-taiteilija -yhteistyö <sup>31</sup> Psykologi-toimintaterapeutti -yhteistyö <sup>53</sup>



	Sosiaalityöntekijä-opettaja -yhteistyö <sup>43</sup>
Vuorovaikutussuhteisiin perustuvat interventiot	Varhaisen puuttumisen koulutus <sup>15</sup>
Yhteiset käytännöt	Sairaanhoidtajien ja perhelääkäreiden yhteisvastaanotot <sup>7</sup> Yhteistyön seuranta ja tuki <sup>7</sup> Perheen tarpeita vastaavien palvelujen tunnistaminen <sup>18</sup> Näyttöön perustuvan toimintatavan soveltaminen <sup>37</sup> Perheneuvottelujen yhteinen sisältörunko <sup>45</sup> Teknologian sisällyttäminen opetussuunnitelmaan <sup>48</sup> Yhteistyötä ohjaavat aloitteet <sup>56</sup> Yhteinen hoitoonohjausmalli <sup>67</sup> Yhteisen lomakkeiston käyttö <sup>73</sup> Hoitokokoukset <sup>49</sup> Työntekijöiden koulutus <sup>7, 49, 61</sup>

*Palvelujärjestelmään kohdistuneet* yhteistyöinterventiot sisälsivät muun muassa moniammatillisia suunnitteluryhmiä, organisaatioiden välisiä yhteistyöverkostoja, hoitosopimuksia, oppimiskeskuksia, toimintatapoja ohjaavia viitekehyksiä ja säädöksiä, palveluille asetettuja laatuksiteereitä sekä palvelun tarpeen ja arvioinnin seurantajärjestelmiä. (Taulukko 31.)

**Taulukko 31. Palvelujärjestelmään kohdistuneiden interventioiden kuvaus** (yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa interventiota käytetty)

Interventio	Intervention sisältö
Eri sektorien alueellisen yhteistyön lisääminen	Hyvinvointipalvelujen toimikunta <sup>71</sup> Palveluille asetetut laatuksiteerit <sup>60</sup> Perheiden mielenterveyspalvelujen tarpeen kartoitus <sup>5</sup> Varhaisen puuttumisen palvelukokonaisuus <sup>50</sup> Yhteistyöryhmät <sup>28</sup>
Integroidut palvelut	Lasten palvelujärjestelmän yhtenäistäminen <sup>69</sup> Saumattomien palvelujen suunnittelu, tuottaminen ja johtaminen <sup>86</sup> Yhtenevä ja jatkuva järjestelmä hoidon tarpeen ja seurannan arviointiin <sup>64</sup>
Kansalaisfoorumit	Lastensuojeluorganisaatioiden kansalaisarviointipaneeli <sup>51, 52</sup>
Kumppanuuskoulut	Koulujen yhteistyöverkosto <sup>88</sup> Siirtymämalli erityiskoulusta normaalikouluun <sup>38</sup>
Lastensuojelun ja koulu-toiminnan reformit	Koulukohtaisten toimintatapojen uudistaminen <sup>29</sup> Standardoitu riskin arviointimalli <sup>26</sup> Uusi lastensuojelujärjestelmä <sup>26</sup>
Ohjaavat lait, asetukset, säädökset, ohjeistot	Kansallisen tason terveys-, sosiaali- ja koulutusalojen yhteistyötä ohjaava säädös <sup>27</sup> Koulukiusaamiseen liittyviä toimintatapoja ohjaavat säädökset <sup>23</sup> Palveluntuottajien yhteistyötä ohjaava aloite <sup>56</sup> Perheen tarpeita vastaavien palvelujen tunnistamisen viitekehys <sup>18</sup>
Sosiaalinen verkosto	Näyttöön perustuva toiminta eri palvelun tuottajien kanssa <sup>8, 17</sup> Oppimislaboratoriot/-keskukset <sup>17</sup>
Yhteistoimintamalli	Hoitosopimukset <sup>77</sup>

Huostaanotettujen lasten koulutusta edistävät yhteistyökäytännöt<sup>43</sup>  
 Moniammatilliset palvelut<sup>20, 66, 68, 76</sup>  
 Moniammatilliset suunnitteluryhmät<sup>4</sup>  
 Organisaatioiden väliset yhteistyöverkostot<sup>62</sup>  
 Yliopistojen ja käytännön toimijoiden (paikallinen, alueellinen, kansallinen) yhteisprojektit<sup>2, 17</sup>

## 4.3 Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuuden arviointi

Interventioiden systemaattinen ja yksiselitteinen vaikuttavuuden arvionti ei ollut mahdollista, koska kehitetyt yhteistyöinterventiot, niiden toimintaympäristöt sekä oletetut vaikutuskohteet vaihtelivat eri tutkimusten välillä suuresti. Interventiot kuitenkin olivat vahvasti yhteydessä havaittuun muutokseen lapsessa, perheessä, yhteisössä, työntekijässä, organisaatiossa tai koko palvelujärjestelmässä. Muutosten suunta ei kuitenkaan aina ollut halutunlainen - joistain interventioista aiheutui myös negatiivisia tai tulkinnaltaan ristiriitaisia muutoksia.

Havaitun muutoksen suuruutta arvioitiin määrällisissä tutkimuksissa Cohenin d-kertoimen sekä Pearsonin korrelaatiokertoimen (r) avulla. Laadullisissa tutkimuksissa intervention vaikuttavuutta arvioitiin tuomalla esiin tutkimuksissa raportoitu subjektiiviseen kokemukseen perustuva näyttö. Intervention näytön astetta arvioitiin kansainvälisen A–D-luokituksen perusteella.

### 4.3.1 Lapsiin tai vanhempiin liittyvien interventioiden vaikuttavuus

Lapsiin tai vanhempiin kohdistuneet yhteistyöinterventiot aiheuttivat muutoksia lapsessa (muutosten lukumäärä n = 30), hänen perheessään (n = 50) sekä laajemmin lapsen kasvu- ja kehitysympäristössä (n = 4). Yhteistyöinterventioista 15 prosenttia sai aikaan myönteisiä muutoksia lapsen käyttäytymisessä. Lähes kaikki (n = 27, 86 %) *lapseen liittyvät muutokset* olivat luonteeltaan positiivisia: lapsen terveys, kehitys, itsetunto, oppiminen, luovuus ja sosiaaliset taidot paranivat, koulupoissaolot ja häiriökäyttäytyminen vähenivät tai lapsen siirtyä esimerkiksi toiseen kouluun helpottui. Kahdessa (10 %) lapseen liittyvässä tutkimuksessa interventioilla havaittiin ristiriitaisia (sekä myönteisiä että kielteisiä) vaikutuksia lapsen oppimiseen ja terveyteen. Lisäksi yhdessä tutkimuksessa (5 %) ei voitu osoittaa intervention aiheuttaneen minkäänlaisia muutoksia lapseen liittyvissä tulostuloksissa. (Taulukko 32.)

*Perheisiin liittyvät muutokset* olivat valtaosin (n = 34,66 %) positiivisia. Huomatavaa on kuitenkin, että neljännes näistä perheinterventioista osoittautui kuitenkin varsin tehottomiksi: 25 prosentissa (n = 12) ei voitu osoittaa perheissä tapahtuneen oletettua muutosta. Tulosten mukaan vaikuttaisi siltä, että etenkin perheessä esiin-

tyvään väkivaltaan, kaltoinkohteluun ja päihteiden käyttöön olisi vaikea löytää vaikuttavia yhteistyöinterventioita. Myös osa kehitetyistä interventioista näyttäisi saavan aikaan ristiriitaisia vaikutuksia (n= 4,9 %) vanhempien osallisuudessa sekä perheiden ja työntekijöiden välisessä yhteistyössä. (Taulukko 32.)

Interventiot saivat aikaan myös positiivisia *muutoksia lapsen kasvu- ja kehitysympäristöön* kuuluvissa yhteisöissä, kuten koulussa ja luokkayhteisössä (Taulukko 32).

**Taulukko 32. Intervention aiheuttamat muutokset lapsessa, perheessä ja lapsen kasvuympäristössä (n = 84)**

Muutos lapsessa	n	%	Tutkimuksen numero Myönteinen muutos = normaali fontti Ristiriitainen muutos = tummennettu fontti Ei muutosta = neliöinti
Fyysiseen terveyteen liittyvä	1	1	12
Psykososiaaliseen kehitykseen liittyvä	5	6	10, 13, 30, 57, 82
Käyttäytymiseen liittyvä	13	15	1, 6, 10, 13, 16, 29, 36, 37, 46, 55, 65, 83, 88
Oppimiseen liittyvä	3	3	29, 55, 70
Sosiaalisiin suhteisiin liittyvä	1	1	46
Siirtymävaiheisiin liittyvä	1	1	81
Kielelliseen kehitykseen liittyvä	2	2	16, 41
Koulupoissaoloihin liittyvä	2	2	6, 88
Luovuuteen ja mielikuvitukseen liittyvä	1	1	31
Itsetuntoon liittyvä	1	1	82
Muutos perheessä	n	%	Tutkimuksen numero Myönteinen muutos = normaali fontti Ristiriitainen muutos = tummennettu fontti Ei muutosta = neliöinti
Osallisuuteen liittyvä	7	8	19, 29, 40, 50, 73, 58, 81
Siirtymävaiheeseen liittyvä	3	3	47, 78, 81
Vanhempien tietoihin ja taitoihin liittyvä	4	5	21, 36, 46, 63
Vanhemmuuden tunteisiin liittyvä	2	2	14, 46
Sosiaaliseen verkostoon liittyvä	3	3	14, 42, 78
Päihde- tai mielenterveysongelmiin liittyvä	2	2	25, 82
Lapsen kaltoinkohteluun liittyvä	4	5	14, 25, 57, 83
Työntekijän ja perheen väliseen yhteistyöhön liittyvä	1	1	74
Erityisvalmiuksiin liittyvä	3	3	38, 65, 81
Elämänlaatuun liittyvä	1	1	12
Tyytyväisyys palveluun ja yhteistyöhön	3	3	10, 20, 40
Koettuun stressiin liittyvä	3	3	11, 32, 57
Osallistuminen lapsen hoitoon	3	3	42, 73, 77
Perheen voimavaroihin liittyvä	3	3	32, 33, 42

Itseluottamukseen liittyvä	2	2	13, <b>82</b>
Parisuhteeseen liittyvä	1	1	42
Turvallisuuteen liittyvä	1	1	57
Ongelmanratkaisutaitoihin liittyvä	1	1	<b>24</b>
Arkipäivän askareista selviytymiseen liittyvä	1	1	14
Ongelmien tunnistamiseen liittyvä	1	1	<b>59</b>
Muutoshalukkuuteen liittyvä	1	1	<b>59</b>
<b>Muutos kasvu- ja kehitysympäristössä</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	Tutkimuksen numero Myönteinen muutos = normaali fontti Ristiriitainen muutos = <b>tum-</b> <b>mennettu fontti</b> Ei muutosta = <b>heliöinti</b>
Erityislapsen vastaanottaminen kouluun	1	1	38
Ongelmien väheneminen	1	1	88
Kielellisen osaamisen taso	1	1	41
Käytöshäiriöiden väheneminen	1	1	37

Tarkasteltaessa yksityiskohtaisemmin erilaisten yhteistyöinterventioiden vaikuttavuutta, voitiin yksiselitteisesti havaita lapsiin ja perheisiin kohdistuneiden interventioiden näytön jäävän niukaksi. Intervention vaikuttavuutta oli arvioitu useimmissa tapauksissa vain yhdellä laadullisesti kelvollisella tutkimuksella, tai saadut tulokset olivat osin ristiriitaisia keskenään.

Taulukossa 33 esitettyjen efektin suuruutta kuvaavien parametrien perusteella näyttäisi siltä, että perheen tukemisen yhteistyöinterventiot (esimerkiksi apu lasten- ja kodinhoidossa sekä erilaiset tukiryhmät) osoittautuivat vaikuttavaksi. Näillä interventioilla voitiin havaita merkittävää vaikutusta perheen toimintaan, vanhemmuuden taitoihin sekä laaja-alaiseen lapsen hyvinvointiin ( $d = 0,83-2,12$ ). Myös kouluun liittyvät yhteistyöinterventiot näyttäisivät edistävän merkittävästi luokan ilmapiiriä ja lapsen käyttäytymistä. Sen sijaan ammattilaisten toteuttamilla interventioilla (kuten esimerkiksi vapaaehtoisten tekemillä kotikäynneillä) ei näyttäisi juuri olevan vaikutusta lapsen tai vanhempien hyvinvointiin. Tulosten perusteella näyttäisi myös siltä, etteivät kotiin tuodut yhteistyöinterventiot olleet kovin vaikuttavia. Tulos saattaa osittain selittyä sillä, että yhteistyöinterventioita toteutettiin tilanteessa, jossa perheessä esiintyi jo vaikeita ongelmia (esimerkiksi päihdekäyttäytymistä ja väkivaltaisuutta), joihin puuttumista voidaan pitää yleensäkin hyvin haasteellisena. (Taulukko 33.) Kuitenkin aikaisempaa tutkimusnäyttöä kotikäyntien vaikuttavuudesta on esitetty (esim. Aronen ym. 1995; Kearney ym. 2000).

**Taulukko 33. Lapsiin tai perheisiin kohdistuneiden interventioiden tilastollinen vaikuttavuus** (vaikutukset: \*pieni efekti, \*\*keskisuuri efekti, \*\*\*suuri efekti) (näytön aste: A = vahva, B = kohtalainen, C = niukka, D = ei tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä)

Intervention nimi	Efektin suuruus	Vaikutukset	Näytön aste
Perheen tukemisen interventiot	$d = 0,98-2,12$ <sup>32</sup> $r = 0,44-0,73$ <sup>32</sup> $d = 1,08$ <sup>32</sup> $r = 0,47$ <sup>32</sup> $d = 1,07-1,44$ <sup>33</sup> $r = 0,47-0,59$ <sup>33</sup> $d = 0,82-1,19$ <sup>33</sup> $r = 0,51-0,59$ <sup>33</sup> $d = 1,34$ <sup>33</sup> $r = 0,56$ <sup>33</sup> $d = 0,83$ <sup>33</sup> $r = 0,38$ <sup>33</sup>	Perheen toiminta*** Itseluottamus vanhempana*** Kotiympäristö, turvallisuus *** Vanhemmuuden taidot, stressi*** Lapsen hyvinvointi*** Lasten kaltoinkohtelun riski***	C
Vanhemmuutta edistävät interventiot	$d = 0,48-0,78$ <sup>36</sup> $r = 0,23-0,26$ <sup>36</sup> $d = 0,41$ <sup>36</sup> $r = 0,20$ <sup>36</sup> $d = 0,37-0,74$ <sup>36</sup> $r = 0,18$ <sup>36</sup> $d = 0,35$ <sup>36</sup> $r = 0,17$ <sup>36</sup>	Lapsen käyttäytyminen** Vanhemmuuteen liittyvä stressi* Ongelmanratkaisutaidot* Vanhempien depressiivinen oireilu*	C
Perhekeskeiset interventiot	$d = 0,48-0,55$ <sup>16</sup> $r = 0,23-0,26$ <sup>16</sup> $d = 0,29-0,44$ <sup>16</sup> $r = 0,14-0,21$ <sup>16</sup>	Lapsen kielellinen kehitys** Lapsen käyttäytyminen*	C
Varhainen puuttuminen	$b = 0,19-0,46$ <sup>70</sup> $b = 0,08$ <sup>70</sup> $b = 0,16$ <sup>70</sup>	Lapsen koulumenestys* Vanhempien sitoutuminen Lasten kaltoinkohtelun riski	C
Ennaltaehkäisevä verkosto	$d = 0,00-0,21$ <sup>12</sup> $r = 0,00-0,10$ <sup>12</sup>	Fyysiset oireet, QOL, hoito	C
Ei virallinen perheen tuki	$d = 0,29$ <sup>13</sup> $d = 0,36$ <sup>13</sup> $d = 0,19$ <sup>13</sup> $d = 0,02-0,32$ <sup>13, 14, 25</sup> $r = 0,06-0,10$ <sup>14</sup> $d = 0,01-0,20$ <sup>13, 25</sup> $d = 0,34$ <sup>14</sup> $r = 0,17$ <sup>14</sup> $d = 0,00-0,24$ <sup>25</sup> $d = 0,14$ <sup>25</sup> $d = 0,04-0,16$ <sup>25</sup>	Lapsen mielenterveys Lapsen käyttäytyminen* Psykomotorinen kehitys Vanhemmuuteen liittyvä stressi Lapsen kaltoinkohtelu Sosiaalinen tuki* Hoitokäyntien määrä Vanhempien mielenterveys Vanhempien välinen väkivalta	C
Kouluun liittyvät interventiot	$d = 0,50-2,35$ <sup>6, 37, 88</sup> $r = 0,24-0,76$ <sup>6, 37, 88</sup> $d = 0,47-1,83$ <sup>37, 88</sup> $r = 0,05-0,67$ <sup>37, 88</sup> $d = 0,84-1,43$ <sup>37</sup> $r = 0,39-0,58$ <sup>37</sup>	Lapsen käyttäytyminen** Lapsen sosiaaliset taidot** Luokan ilmapiiri***	C

	d = 0,29 <sup>88</sup> r = 0,14 <sup>88</sup> d = 0,54 <sup>88</sup> r = 0,27 <sup>88</sup> d = 0,11 <sup>88</sup> r = 0,05 <sup>88</sup> d = 0,02–0,67 <sup>41</sup> r = 0,01–0,38 <sup>41</sup>	Poissaolot Sääntöjen noudattaminen** Vastuunotto läksyistä Lapsen kielellinen kehitys	
Yhteisöön liittyvät interventiot	d = 0,23–0,53 <sup>82</sup> d = 0,13 <sup>82</sup> d = 0,15 <sup>82</sup> d = 0,10 <sup>82</sup> d = 0,01 <sup>82</sup> d = 0,34–0,54 <sup>82</sup>	Lapsen itseluottamus* Sosiaalinen hyväksyttävyys Lapsen käyttäytyminen Lapsen kaltoinkohtelu Sosiaalinen tuki Vanhempien psykologinen hyvinvointi*	C
Ryhmäinterventiot	d = 1,18 <sup>46</sup> r = 0,51 <sup>46</sup> d = 0,18–2,0 <sup>46</sup> r = 0,09–0,71 <sup>46</sup> d = 0,14–0,75 <sup>46, 55</sup> r = 0,35 <sup>46</sup> d = 0,05–0,67 <sup>46, 55</sup> d = 0,06–0,28 <sup>55</sup> d = 0,02–0,24 <sup>55</sup>	Vanhemmuuden taidot*** Lapsen ja vanhemman välinen suhde** Lapsen sosiaaliset taidot* Lapsen käyttäytyminen* Perheen kiinteys Lapsen akateemiset taidot	C
Sosiaaliset kertomukset	d = 1,14–2,01 <sup>1</sup> r = 0,49–0,71 <sup>1</sup>	Lapsen käyttäytyminen***	C
Vanhemman ja työntekijän kumppanuus	d = 0,71–0,82 <sup>11</sup> d = 0,49–0,75 <sup>11</sup> d = 0,01–0,10 <sup>73, 74</sup> r = 0,00–0,05 <sup>74</sup> d = 0,24 <sup>74</sup> r = 0,12 <sup>74</sup> d = 0,35–0,73 <sup>73</sup> r = 0,17–0,34 <sup>73</sup> d = 0,55–0,79 <sup>73</sup> r = 0,27–0,37 <sup>73</sup>	Vanhemmuuteen liittyvä stressi** Lapsen mieliala, sosiaaliset taidot** Vanhempien tyytyväisyys Parisuhdetyytyväisyys Päätöksenteko* Vanhempien huoli**	C
Perhekeskeinen päätöksenteko	d = 0,10–0,24 <sup>74</sup> r = 0,05–0,12 <sup>74</sup>	Vanhempien tyytyväisyys	C
Ongelmanratkaisua tukevat interventiot	d = 0,10–1,27 <sup>24</sup> r = 0,05–0,54 <sup>24</sup>	Vanhemman ja lapsen välinen suhde*	C
Kotiin tuotavat palvelut	d = 0,04–0,20 <sup>25</sup> d = 0,14 <sup>25</sup> d = 0,16–0,18 <sup>59</sup> r = 0,08–0,09 <sup>59</sup> d = 0,28 <sup>25</sup> d = 0,04–0,16 <sup>25</sup>	Lapsen kaltoinkohtelu Vanhempien psyykkinen hyvinvointi Ongelmien tunnistaminen, muutoshalukkuus Vanhemmuuteen liittyvä stressi Vanhempien välinen väkivalta	C

Useissa laadullisissa lapsiin tai perheisiin kohdistuneissa tutkimuksissa ei ollut tarkoituksena arvioida intervention määrällistä vaikuttavuutta. Myös subjektiivisten, kokemuksiin perustuvien vaikutusten esille tuomista voidaan pitää tärkeänä ja perusteltuna. Suurin osa yhteistyöinterventioista tuki vanhemmuutta, parisuhdetta, lapsen

hyvinvointia sekä yhteistyötä ja perheiden osallisuutta näytön asteen jäädessä kuitenkin näidenkin interventioiden osalta niukaksi. (Taulukko 34.)

**Taulukko 34. Lapsiin tai perheisiin kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus laadullisissa tutkimuksissa** (yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa vaikutus havaittu) (näytön aste: A = vahva, B = kohtalainen, C = niukka, D = ei tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä)

Intervention nimi	Kokemukseen perustuvat vaikutukset	Näytön aste
Perheen tukemisen interventiot	Perheen jaksaminen arjessa parantui <sup>42</sup> Varmuus vanhempana lisääntyi <sup>42</sup> Parisuhteen vahvistuminen <sup>42</sup> Sosiaalisten tukiverkostojen vahvistuminen <sup>42</sup>	C
Vanhemmuutta edistävät interventiot	Hoitoon osallistuvien yhteistyön edistyminen <sup>63</sup> Vanhempien psykososiaalisen hyvinvoinnin lisääntyminen <sup>63</sup> Lapsen hoidon tukeminen <sup>63</sup> Ohjelmaan sitoutuminen <sup>80</sup>	C
Varhainen puuttuminen	Vanhemmat kokivat yhteistyön epäonnistuneen <sup>21</sup> Työntekijät kokivat heillä olevan rajalliset taidot rohkaista vanhempia osallistumaan <sup>21</sup> Lapsen käyttäytymisen paraneminen <sup>65</sup> Vanhempien osallisuus koettiin tärkeäksi <sup>71</sup>	C
Ei virallinen perheen tuki	Lasten sijoitusten määrä väheni <sup>14</sup> Yhteydenotot lastensuojeluviranomaisiin vähenivät <sup>14</sup> Vanhempien osallistuminen vapaa-ajan toimintaan lisääntyi <sup>14</sup>	C
Kouluun liittyvät interventiot	Lapsen mielikuvituksen lisääntyminen <sup>31</sup> Lapsen itseluottamuksen ja rohkeuden lisääntyminen <sup>31</sup>	C
Yhteisöön liittyvät interventiot	Kuulluksi tuleminen <sup>3</sup> Tasavertainen päätöksentekoon osallistuminen <sup>3</sup> Hoitoon osallistuvien tahojen sitoutuminen <sup>3</sup> Yhteinen päämäärä <sup>3</sup> Lapsen käyttäytymisen paraneminen <sup>10</sup> Lapsen fyysinen ja sosiaalinen kehittyminen <sup>10</sup>	C
Ryhmäinterventiot	Osallistuminen ryhmään koettiin positiivisena <sup>78</sup> Suurin osa ryhmistä jatkoi kokoontumisia järjestettyjen tapaamisten jälkeen <sup>78</sup>	C
Vanhemman ja työntekijän kumppanuus	Työntekijälähtöinen työskentelytapa ei muuttunut <sup>56</sup>	C
Vanhemmat asiantuntijoina	Vanhemmat kokivat toimivansa tiedon kokoajina ja välittäjinä, palveluiden yhdistäjinä, vertaisen auttajina sekä vanhempien edustajina <sup>35</sup> Vanhempien asema ja tietosuojakysymykset aiheuttivat haasteita <sup>35</sup> Ei vähennystä terveystietopalveluiden käytössä <sup>40</sup> Ei muutoksia siinä, miten helppoa vanhemman oli keskustella työntekijän kanssa <sup>40</sup>	C
Perheneuvottelut	Perheen terveyttä edistävän hoitotyön lisääntyminen <sup>45</sup> Perheen todellisuuden kohtaaminen tai sen sivuuttaminen <sup>45</sup>	C
Kotiin tuotavat palvelut	Vanhempien ongelmallinen alkoholin käyttö väheni <sup>25</sup> Lasten psykososiaalinen toimintakyky lisääntyi <sup>30</sup>	C

	Perheen tapaaminen luonnollisessa toimintaympäristössä helpotti tuen tarpeen arviointia <sup>30</sup> Työntekijöiltä edellytetään halua muuttaa vanhoja toimintatapoja <sup>30</sup> Vanhemmuuteen liittyvä stressi väheni <sup>57</sup> Kodin turvallisuuteen kiinnitettiin enemmän huomiota <sup>57</sup> Lasten rokottaminen lisääntyi <sup>57</sup>	
Teknologiaperustaiset interventiot	Lapsen kehityksen paraneminen <sup>48</sup> Opettajien tiedot, taidot ja asenteet tietoteknologian käyttöön paranivat <sup>48</sup> Tietosuojakysymykset käytön ehtona <sup>54</sup> Verkkopalvelun epäilijät, hyväksyjät ja tulevaisuuteen luottavat <sup>54</sup>	C
Palvelujen integraatio	Lasten tai vanhempien toimintakyky ei muuttunut <sup>83</sup> Kodin ulkopuolelle sijoitettavien lasten määrä ei vähentynyt <sup>83</sup> Ei kustannussäästöjä <sup>83</sup>	C

#### 4.3.2 Työntekijöihin liittyvien interventioiden vaikuttavuus

Työntekijöihin kohdistuneet yhteistyöinterventiot aiheuttivat muutoksia työntekijöiden asenteissa, kirjaamisessa, toiminta- ja työskentelyprosesseissa, yhteistyötaitoissa ja moniammatillisessa työskentelyssä sekä yleisessä työntekijöiden hyvinvoinnissa. Hieman yli puolta yhteistyöinterventioista voitiin pitää onnistuneina, sillä niiden avulla oltiin saatu aikaan myönteisiä muutoksia (n = 28,62 %). Toisaalta useisiin interventioihin sisältyi myös ristiriitaisia (n = 9,23 %) tai kielteisiä (n = 3,8 %) muutoksia. Yhteistyöinterventioista kahdeksan prosenttia voitiin katsoa olevan varsin tehottomia, sillä niiden ei havaittu olevan yhteydessä minkälaiseen muutokseen. (Taulukko 35.)

**Taulukko 35. Intervention aiheuttamat muutokset työntekijän toiminnassa (n = 42)**

Muutos työntekijässä	n	%	Tutkimuksen numero Myönteinen muutos: normaali fontti Ristiriitainen muutos: tummennettu fontti Ei muutosta: neliöinti Kielteinen muutos: korostus
Asenteisiin liittyvä	2	5	30, 72
Kirjaamisen käytäntöihin liittyvä	1	2	20
Osaamiseen liittyvä	3	7	45, 48, 61
Tietotekniikan käyttöön liittyvä	1	2	54
Toiminnan kehittämiseen liittyvä	6	14	9, 38, 45, 49, 53, 56
Työskentelyprosessin kehittämiseen liittyvä	15	36	9, 12, 20, 30, 31, 39, 40, 45, 48, 56, 66, 67, 72, 73, 79
Yhteistyötaitoihin liittyvä	12	29	7, 15, 20, 30, 31, 34, 44, 53, 66, 67, 74, 77
Yleiseen hyvinvointiin liittyvä	2	5	39, 49



Koska työntekijöihin kohdistuneet tutkimukset olivat pääosin laadullisia, ei näiden yhteistyöinterventioiden vaikuttavuutta voitu juuri osoittaa tilastollisin keinoin. Ainoastaan palveluohjauksella, johon liittyi ulkopuolisen asiantuntijan käyttö, voitiin katsoa olevan keskinkertaista vaikutusta palvelun suunnitteluun ( $d = 0.67$ ). Palveluohjauksen vaikuttavuuden näytön aste jäi kuitenkin niukaksi. (Taulukko 36.)

**Taulukko 36. Työntekijöihin kohdistuneiden interventioiden tilastollinen vaikuttavuus** (vaikutus: \*pieni efekti, \*\*keskisuuri efekti, \*\*\*suuri efekti) (näytön aste: A = vahva, B = kohtalainen, C = niukka, D = ei tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä)

Intervention nimi	Efektin suuruus	Vaikutukset	Näytön aste
Palveluohjaus	$d = 0,15^{39}$	Kaltointokohtelun tunnistaminen	C
	$r = 0,08^{39}$		
	$d = 0,03^{39}$	Seurausten arviointi	
	$r = 0,02^{39}$		
	$d = 0,18^{39}$	Riskien arviointi	
	$r = 0,09^{39}$		
	$d = 0,67^{39}$	Palvelun suunnittelu**	
	$r = 0,32$		

Laadullisten tutkimusten avulla arvioitujen yhteistyöinterventioiden vaikutukset näkyivät subjektiivisina kokemuksina kumppanuuden toteutumisesta, verkostojen ja tiimien työskentelystä, perheiden huomioimisesta, perhekeskeisten työskentelytapojen omaksumisesta sekä yhteisten käytäntöjen kehittämisestä (taulukko 37). Myös näiden interventioiden vaikutusten näytön aste jäi niukaksi.

**Taulukko 37. Työntekijöihin kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus laadullisissa tutkimuksissa** (yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa vaikutus havaittu) (näytön aste: A = vahva, B = kohtalainen, C = niukka, D = ei tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä)

Intervention nimi	Kokemukseen perustuvat vaikutukset	Näytön aste
Kumppanuuskoulutus	Kumppanuuden toteutuminen saattaa lisääntyä <sup>9</sup> Kumppanuustyöskentely edellyttää aikaa, tukea ja halua irrottautua professionaalisen asiantuntijan roolista <sup>9</sup>	C
Moniammatilliset verkostot	Hoitajien asioiden hoitamiseen käyttämä aika lisääntyi <sup>12</sup> Määrättyjen lääkitysten määrä ei lisääntynyt <sup>12</sup> Kommunikaatio, verkostoituminen, dokumentointi, tukipalvelut, yhteistyö, työtyytyväisyys, koulutustarpeet <sup>12</sup> Työmuotojen informatiivisuus <sup>49</sup> Erilaiset näkemykset vallasta, tiedon jakamisesta ja eri tahojen välisistä yhteyksistä <sup>34</sup> Lääkäreiden lasten psykiatriaan liittyvien toimijoiden verkosto ei laajentunut koulutuksen myötä <sup>44</sup> Yhteisten tavoitteiden jakaminen <sup>53</sup> Yhteisen intervention kehittäminen <sup>53</sup> Tietosuojakysymykset <sup>54</sup>	C

	Johdon tuki <sup>54</sup>	
Reflektiiviset käytännöt	Asenteet perheiden kohtaamiseen <sup>72</sup> Valmiudet luoda luottamuksellinen suhde perheeseen <sup>72</sup> Perheiden kohtaaminen osaksi työntekijän toimintaa <sup>72</sup>	C
Terveyskäynnit	Perhekeskeinen terveyden edistäminen <sup>79</sup> Terveyden edistämistä edistää: yhteneväisyys, roolin selkeys, tehokas johto, vahva visio, toiminnan liittäminen osaksi terveyden edistämisen politiikkaa ja käytäntöä <sup>79</sup>	C
Työparityöskentely	Monipuolisemmat oppimistulokset <sup>31</sup> Ymmärrys lasten ajattelutavoista ja oppimisen tukemisesta <sup>31</sup> Yhteinen päämäärä <sup>43, 53</sup> Sitoutuminen yhteistyöhön <sup>43</sup> Yhteiset toimintamallit <sup>43</sup> Kirjatut yhteistyötä ohjaavat ohjeet <sup>43</sup> Yhteiset tapaamiset <sup>43</sup> Tehokas vuorovaikutus <sup>43</sup> Hallinnon tuki <sup>43</sup>	C
Vuorovaikutussuhteisiin perustuvat interventiot	Kehittyminen perhekeskeisyyden toteuttamisessa <sup>15</sup> Varhaisen puuttumisen menetelmien omaksuminen <sup>15</sup>	C
Yhteiset käytännöt	Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteisvastaanotot eivät yksin riitä tuottamaan moniammatillista hoitoa <sup>7</sup> Tieto ja taito perheiden kohtaamiseen/ hoitamiseen lisäänty <sup>48, 61</sup> Yhteisen kielen löytäminen vanhempien ja työntekijöiden välillä <sup>18</sup> Yhtenevä hoidon arviointi <sup>18</sup> Perheen todellisuuden kohtaaminen tai sen sivuuttaminen <sup>45</sup> Työntekijöiden toimintatapa <sup>56</sup> Yhteisten käytäntöjen edellytyksenä: resurssit, johtamisjärjestelmä, organisaation rakenteet, terveydenhuoltojärjestelmän tuki <sup>56</sup> Yhteisten käytäntöjen esteenä: vastustus, ajan puute, epäily, sisäiset valtasuhteet, pelot <sup>67</sup> Päätöksenteon konfliktit, jaetun päätöksenteon määrä <sup>73</sup>	C

#### 4.3.3 Organisaatioon tai palvelujärjestelmään liittyvien interventioiden vaikuttavuus

Organisaatioon tai palvelujärjestelmään liittyvät yhteistyöinterventiot saivat aikaan muutoksia rakenteissa: palveluissa ja niihin liittyvissä prosesseissa. Pääosa näistä muutoksista oli positiivisia (n = 32,80 %). Ristiriitaisia vaikutuksia esiintyi 10 prosentissa (n = 4) ja kielteisiä viidessä prosentissa (n = 2) tutkimuksista. Interventioista viisi prosenttia oli sangen tehottomia arvioitaessa niiden aikaansaamia muutoksia palvelujärjestelmätasolla. Kustannusvaikuttavuutta oli arvioitu ainoastaan kahdessa tutkimuksessa, eikä kehitettyjen interventioiden vaikutusta kustannuksiin voida tämän perusteella luotettavasti arvioida. (Taulukko 38.)

**Taulukko 38. Intervention aiheuttamat muutokset organisaatiossa tai palvelujärjestelmässä (n = 40)**

Muutos rakenteissa	n	%	Tutkimuksen numero Myönteinen muutos: normaali fontti Ristiriitainen muutos: tummennettu fontti Ei muutosta: <b>neliöinti</b> Kielteinen muutos: korostus
Palvelun arvioiminen ja kehittäminen	23	58	2, 3, 4, 17, 20, <b>21</b> , 23, 27, <b>28</b> , 29, 30, 38, 43, 48, 50, <b>58</b> , 62, 63, <b>64</b> , 66, 68, 77, 83
Prosessien arvioiminen ja kehittäminen	15	37	2, 3, 4, 20, 23, 27, <b>28</b> , 29, 38, 56, <b>58</b> , 62, 66, 68, 77
Kustannussäästö	2	5	14, 83

Yhdestäkään palvelujärjestelmään kohdistuneesta yhteistyöinterventiosta ei ollut mahdollista laskea efektiin suuruutta. Näiden interventioiden vaikuttavuuden arviointi perustuu yksinomaan laadullisten tutkimusten avulla tehtyihin arvioihin. Kehite-tyillä interventioilla oli runsaasti erilaisia vaikutuksia, joiden näyttö jäi kuitenkin vähäiseksi. (Taulukko 39.)

**Taulukko 39. Palvelujärjestelmään kohdistuneiden interventioiden vaikuttavuus laadullisissa tutkimuksissa** (yläviitteenä tutkimuksen numero, jossa vaikutus havaittu) (näytön aste: A = vahva, B = kohtalainen, C = niukka, D = ei tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa näyttöä)

Intervention nimi	Kokemukseen perustuvat vaikutukset	Näytön aste
Eri sektorien alueellisen yhteistyön lisääminen	Lasten mielenterveyspalvelujen tarve <sup>5</sup> Palveluiden saatavuus ja leimaavuus <sup>5</sup> Yhteistyöryhmä voi saada aikaan muutosta lasten ja perheiden palvelujärjestelmässä <sup>28</sup> Yhteistyöryhmän aktiivisuus ja pysyvyys vaikuttivat sen kykyyn saada aikaan muutoksia <sup>28</sup> Asiakkaiden ja palveluntarjoajien tyytyväisyys <sup>50</sup> Laatukriteereiden saavuttaminen <sup>60</sup> Vanhempien osallisuus <sup>71</sup>	C
Integroidut palvelut	Yhtenevä hoidon arviointiohjelma <sup>64</sup> Moniammatillisten yhteistyöjärjestelmien luominen <sup>69</sup> Lasten palvelujärjestelmän yhtenäistäminen hallinnollisella ja strategisella tasolla <sup>69</sup> Integraation toteutuminen <sup>86</sup>	C
Kansalaisfooromit	Vanhemmilla ja työntekijöillä on erilainen näkemys foorumin merkityksellisyydestä <sup>51, 52</sup> Foorumiin osallistuvien tarkoituksenmukainen koulutus edistää foorumin arvoa ja roolia <sup>51, 52</sup>	C

	Toimintaa haittaavia tekijöitä: epäluottamus, aikarajoitteet, epäselvät roolit, heikko vuorovaikutus <sup>52</sup>	
Kumppanuuskoulut	Omahoitajan tarjoama tuki kumppanuuskoululle, säännölliset tapaamiset ja tuen jatkuvuus tukivat lapsen siirtymistä erityiskoulusta normaalikouluun <sup>38, 88</sup> Rehtoreiden sitouttaminen koulun, kodin ja yhteisön väliseen yhteistyöhön <sup>88</sup>	C
Lastensuojelun ja koulutoiminnan reformit	Vanhempien vastaaminen lastensuojelun interventioihin: vastustus, näennäinen yhteistyö, aito yhteistyö <sup>26</sup> Vanhempien ja yhteisön osallisuuden lisääntyminen koulussa <sup>29</sup>	C
Ohjaavat lait, asetukset, säädökset, ohjeistot	Palvelun yhtenevä arviointi <sup>18</sup> Koulukiusaamiseen puuttumista ohjaavat säädökset selkiyttivät toimijoiden roolia sekä palveluiden koordinaatiota <sup>23</sup> Aikaisemmat yhteistyökokemukset, avoin vuorovaikutus, vapaamuotoisuus ja ongelmanratkaisu edistivät yhteistyötä <sup>27</sup> Perhekeskeisyyttä korostava aloite ei muuttanut toimintapoja <sup>56</sup>	C
Sosiaalinen verkosto	Näyttöön perustuvan toiminnan lisääntymistä ehkäisi: koordinaation ja toimintaohjeiden puute, muutokseen liittyvä epävarmuus, raportoinnin epäselkeys, puuttuvat tietolähteet <sup>8</sup> Kehittämistoiminnan erilaiset tarpeet <sup>17</sup>	C
Yhteistoimintamalli	Yhteisten toiminta-/menettelytapojen keskeisyys <sup>2</sup> Alueellisesti erilaiset lastensuojelutarpeet <sup>17</sup> Erilaisen tiedon kokoaminen eri tiedontuottajilta <sup>17</sup> Työnohjaus henkilöstön pysyvyyden tukemiseksi <sup>17</sup> Suunnitteluryhmät edistävät perhekeskeistä toimintatapaa, moniammatillista yhteistyötä, palvelutarpeiden tunnistamista <sup>4</sup> Selkeät ohjeistukset, protokollat ja toimintamallit <sup>66</sup> Resurssien, rahoituksen ja palvelujen tarkoituksenmukaisuus <sup>62, 66, 76</sup> Keskinäisen vuorovaikutuksen ja kunnioituksen lisääntyminen <sup>66</sup> Lastensuojelutyön laaja-alaisen ymmärryksen lisääntyminen <sup>66</sup> Nopeampi hoitoonohjaus <sup>66</sup> Kaikkiin moniammatillisiin yhteistyökäytänteisiin ei sovellu sama malli <sup>68</sup> Tarkoituksenmukainen malli riippuu toiminnan kontekstista, tavoitteista ja organisaation rakenteista <sup>68</sup> Yhteistyötä edistää yhteinen fyysinen tila, mahdollisuus vapaaseen vuorovaikutukseen, organisaation tuki, sitoutuminen <sup>43, 68, 76</sup> Yhteistoimintaa estävät: resurssien heikko saatavuus, epäselvä kohderyhmä, erilaiset taustafilosofiat, kilpailu rahoituksesta <sup>76</sup> Yhteistyöverkosto paransi perheiden tukipalveluita <sup>61</sup> Yhteiset käytännöt edistävät oman organisaation ja työnteekijöiden toimintaa <sup>62</sup> Vastuiden epäselvyys yhteistoimijuudessa <sup>77</sup> Hoitosopimus selkiytti vastuita, lisäsi tiedonkulkua ja vastavaroisuutta <sup>77</sup>	C

## 5 Pohdinta

### 5.1 Tulosten pohdinta

Järjestelmällisessä katsauksessa tutkittiin, millaiset rakenteet ja toimintatavat ohjaavat työntekijöiden keskinäistä sekä työntekijöiden ja lapsiperheiden välistä yhteistyötä odotusajasta kouluikään sekä miten vaikuttavia nämä toimintatavat olivat. Tavoitteena oli koota lapsiperheitä tukevat, palvelujärjestelmän rakenteisiin ja toimintaan kohdistuneet vaikuttavat interventiot siten, että eri tutkimusten tietoa voitaisiin hyödyntää ja yhdistää tutkimusnäyttöön pohjautuvaksi toimintamalliksi kehitettäessä lasten ja perheiden palveluita. Katsaus tuotti tietoa sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä opetustoiminnassa yhteistyötä tukevista interventioista kolmella eri tasolla: perheiden ja työntekijöiden yhteistyö, työntekijöiden keskinen yhteistyö sekä yhteistyö palvelujärjestelmä- ja organisaatiotasolla.

#### Lapsiin ja perheisiin kohdistuneet interventiot

Lapsiin ja perheisiin kohdistuneiden yhteistyöinterventioiden ominaispiirteinä korostuivat osallisuus ja sitoutuminen. Osallisuutta ja sitoutumista voitiin edistää eri tavoin: vanhemmuutta edistävillä ja perhettä tukevilla interventioilla, varhaisella ongelmien tunnistamisella ja tuen oikea-aikaisella järjestämisellä, päätöksentekoa ja ongelmanratkaisua edistävillä interventioilla sekä korostamalla perheiden omaa asiantuntijuutta. Aikaisemmassa kirjallisuudessa perheiden osallisuuden tukemisen perusstrategiat onkin voitu jakaa poliittisiin, palvelujärjestelmän rakenteisiin ja ohjaavaan lainsäädäntöön liittyviin sekä pedagogisiin yksilön subjektiivisuuden vahvistamiseen liittyviin strategioihin. (Hanhivaara 2004; Pukari 2006.) Lasten ja perheiden palveluissa tämä tarkoittaa sellaisen perhekeskeisen toiminnan, rakenteiden ja yhteistyökäytäntöjen luomista, joissa lapset ja vanhemmat tulevat kuulluiksi.

Lapsiin tai perheisiin liittyvillä yhteistyöinterventioilla voitiin havaita vähintään kohtalaista vaikutusta lapsen kehitykseen, käyttäytymiseen, itseluottamukseen, sosiaalisiin taitoihin, sääntöjen noudattamiseen, psykososiaaliseen toimintakykyyn ja koulumenestykseen. Tämä on merkittävää, sillä erilaisten kehityksen suoja- ja riskitekijöiden on aikaisemmissa pitkittäistutkimuksissa todettu heijastuvan aina aikuiselle saakka vahvistaen alkuun lähtenyttä kehityssuuntaa: suojatekijät kasvattavat positiivisten seurausten ja riskitekijät negatiivisten seurausten ja syrjäytymisen todennäköisyyttä. Lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviksi keskeisiksi syrjäytymisen riskitekijöiksi onkin tunnistettu lapsuuden aikaiset ongelmat psyykkisessä hy-

vinvoinnissa, puutteet sosiaalisessa kompetenssissa sekä oppimisvaikeudet eli juuri ne tekijät, joihin interventioilla voitiin osoittaa olevan merkittävää vaikutusta. (Mooney ym. 1987; Nelson ym. 2007; Lämsä 2009.)

Yhteistyöinterventioilla tunnistettiin myös olevan vanhempiin kohdistuvia vaikutuksia. Pääosin vaikutukset kohdentuivat lapsen äitiin; isiin liittyviä vaikutuksia oli tarkasteltu vain kahdessa tutkimuksessa. Jatkossa yhteistyökäytäntöjä kehitettäessä on tärkeää huomoida isät osallistuvina, aktiivisina ja sitoutuneina vanhempina. Kansainvälisesti on olemassa melko kattavaa tutkimusnäyttöä siitä, että isän puute on erittäin merkitsevä kehityksellisten ongelmien, mielenterveysongelmien, yleisen pahoinvoinnin, syrjäytymisen sekä ei-toivotun käyttäytymisen riskitekijä (Aldous & Mulligan 2002; Flouri & Buchanan 2003a,b; Carlson 2006; Sarkadi ym. 2007).

Vanhempiin kohdistuneet, voimakkuudeltaan vähintään kohtalaiset vaikutukset liittyivät lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen, perheen toimintaan, vanhemmuuden taitoihin, itseluottamukseen vanhempana, vanhemmuuteen liittyvään stressiin sekä vanhempien tapaan tunnistaa ja ratkaista ongelmia tai olla osallisina päätöksenteossa. Näiden yhteistyöinterventioiden todelliset vaikutukset saattavat ulottua ja heijastua myös välillisesti laajemmalle ja syvemmälle lapsen elämään: esimerkiksi vanhempien kokeman stressin on todettu olevan yhteydessä lapsen emotionaaliseen ja sosiaaliseen kehitykseen sekä vanhemman ja lapsen suhteen kiinteyteen (Abidin & Wilfong 1989; Sheeber & Johnson 1992). Vanhemmuuteen vaikuttaville interventioille on todettu olevan myös tarvetta tämän päivän yhteiskunnassa. On arvioitu, että jopa neljännes vanhemmista kokee omat vanhemmuuden taitonsa puutteellisiksi. Tämä indikoi yleensä tilannetta, jossa äidillä tai isällä ei ole tietoa lapsen kehityksestä. Tutkimuksissa on myös raportoitu, että suurella osalla (lähes neljännes) vanhemmista esiintyy vaikeuksia tuntea emotionaalista läheisyyttä lapseen tai vaikeuksia tulkita lapsen tunteita ja tarpeita asianmukaisesti. Tämä on merkittävää, koska turvallinen kiintymyssuhde hoivaavaan aikuiseen on perusta lapsen myöhemmille ihmissuhteille, emotionaaliselle kehitykselle ja mielenterveydelle (Sinkkonen & Kalland 2001; Halme 2009).

### **Työntekijöihin kohdistuneet interventiot**

Työntekijöihin kohdistuneiden interventioiden ominaispiirteinä korostuivat yhteistyö, yhdessä tekeminen, verkostoituminen, perhekeskeisyys, kumppanuus ja moniammatillisuus. Moniammatillisia verkostoja esiintyi sekä lasten ja lapsiperheiden palveluorganisaation sisällä, että eri organisaatioiden välillä. Myös useissa kansallisissa ohjelmissa on kiinnitetty huomiota verkostoitumiskyvyn parantamiseen. Lasten ja perheiden parissa tehtävän työn vaatimusten kasvu, perheiden tilanteiden kompleksisuus ja jatkuvasti lisääntyvä tarve tiedon kulun parantamiseen aiheuttavat paineita verkostoitumiselle. (Virtanen 1999; Isoherranen 2005.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä opetustoiminnassa on toistaiseksi käyty vain vähän keskustelua siitä, miten esimerkiksi yhteistoimintaan, perhekeskeisyyteen ja kumppanuuteen liittyvät

arvot vaihtelevat eri toimijoiden kesken. Tutkimuksissa käytettyjen yhteistyökäytäntöjä kuvaavien termien moninaisuus antaisi kuitenkin viitteitä siitä, että eri toimijoilla on useita erilaisia arvoja, joiden yhteneväisyys vaihtelee verkoston sisällä. Aikaisemmin on todettu, että sekä arvojen yhteneväisyys että epäyhtenäisyys voivat vaikuttaa joko myönteisesti tai kielteisesti yhteistoiminnan onnistumiseen. On myös esitetty, että arvojen yhtenäisyyden ei tulisi olla esimerkiksi johtamisen päämääränä, vaan enemmänkin arvoihin liittyvän tietämyksen kasvattaminen verkoston jäsenten keskuudessa. Näin verkoston jäsenet kykenevät varautumaan mahdollisiin ongelmiin sekä ryhtymään toimenpiteisiin yhteistoiminnan parantamiseksi. (Järvensivu 2007.)

Yhteistyötä, verkostoitumista, moniammatillisuutta, kumppanuutta ja perhekeskeisyyttä pyrittiin lisäämään kehitetyillä yhteistyöinterventioilla: palveluohjauksella, kumppanuuskoulutuksella, moniammatillisten verkostojen kokoamisella, terveyskäynneillä, työparityöskentelyllä, yhteisistä käytännöistä sopimisella sekä uusien ongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja tuen oikea-aikaiseen järjestämiseen sekä perheiden huomioimiseen painottuvien työmenetelmien käyttöönotolla. Näillä interventioilla voitiin todeta olevan jonkinasteista vaikutusta työntekijöiden asenteisiin ja valmiuksiin perheiden kohtaamiseen, sitoutumiseen yhteisiin toimintatapoihin, palveluiden suunnitteluun sekä kumppanuuden toteutumiseen. Perhekeskeisyyden, kumppanuuden ja yhteisten toimintatapojen arvioimiseksi tarvitaankin jatkossa lisää validoituja ja standardoituja mittareita.

Kumppanuus työmenetelmänä on tutkimuksissa käsitetty eräänlaisena yhteistointamallina, joissa on korostettu perheen ja työntekijöiden yhdenvertaisuutta: eri osapuolilla on toisiaan täydentäviä tietoja, taitoja ja resursseja. Toisaalta kumppanuutta on lähestytty eri organisaatioiden välisen yhteistoiminnan mallina (vrt. Engeström 2004). Yhteistä kumppanuudelle kuitenkin on se, että siinä edellytetään uudenlaista näkemystä asiantuntijuudesta, jossa keskeistä on laaja yhteistoiminta ja osaamisen jakaminen (Engeström 2004).

Perhekeskeisyys on nostettu usein lasten palvelujen keskeiseksi periaatteeksi. Perhelähtöisen palvelun keskeinen tavoite on määrittää lapsen ja hänen perheensä tarpeet sekä suunnitella ja toteuttaa palvelu näiden tarpeiden pohjalta yhteistyössä heidän kanssaan. Sillä edistetään perheen itsemääräämisoikeutta ja vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. Perhekeskeisyys ja kumppanuus kietoutuivatkin kehitetyissä yhteistyökäytännöissä tiiviisti yhteen. Interventioiden siirrettävyyden ja jatkuvuuden kannalta oleellisena voidaan pitää myös sitä, miten perheiden kanssa tehtävä yhteistyö integroituu osaksi työntekijän ja organisaation (esimerkiksi koulu) työtä. Jääkö vanhempien kanssa tehtävä yhteistyö työn irralliseksi osa-alueeksi, vai muodoostaako se perustan yhteisille toimintakäytännöille?

### **Palvelujärjestelmään ja organisaatioon kohdistuneet interventiot**

Suurin osa tutkimuksista oli keskittynyt perheen ja palveluntuottajien välisen yhteistyön tarkasteluun. Palveluntuottajien keskinäistä yhteistyötä kehittäviä interventioita

oli vain vähän. Palvelujärjestelmään kohdennetuissa interventioissa korostettiin yli sektoriaalista työskentelyä, palvelujen koordinaatiota sekä palvelujen integraatiota. Integroitua palvelua voidaan pitää eräänlaisena sateenvarjokäsitteenä, joka sisältää sekä rakenteelliset (organisaatiot, toimenkuvat, pysyvät tiimit, sopimukset) että toiminnalliset (koordinointi, yhteistyökäytännöt) menettelytavat (Vaarama & Pieper 2006, 30). Tässä tutkimuksessa kehitetyt interventiot liittyivät sekä rakenteellisiin, että toiminnallisiin menettelytapoihin: ohjaavat lait, asetukset ja säädökset, lastensuojelun ja koulutoiminnan reformit, kansalaisfooromit, palvelujen yhtenäistäminen, eri sektoreiden alueellisen yhteistyön lisääminen, kumppanuuskoulut, sosiaaliset verkostot sekä erilaiset yhteistoimintamallit. Näillä interventioilla voitiin havaita olevan vaikutusta palvelun jatkuvuuteen, intervention sovellettavuuteen, palvelun kehittämistarpeisiin, johtamiskäytäntöihin, palveluketjuihin, toiminnan verkottumiseen sekä toimintaprosessien toteutumiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä koulutuksen välinen palvelujen koordinaatio ja integraatio on sekä palvelujen saatavuuden että jatkuvuuden kannalta välttämätöntä. Kuten tutkimuksissa tuli esille, yksityisiä ja kolmannen sektorin tuottamia palveluja tarvitaan julkisten rinnalle. Tarpeen on myös vahvistaa perheen asemaa oman elämänsä asiantuntijana ja muuttaa toimintakulttuuria perhekeskeiseksi tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa ammattihenkilöiden roolit ja vastuut ovat selkeitä. Haasteena on myös esitetty tiedon kulun menetelmien kehittämistä. Tietojärjestelmiin tai tiedon välittämiseen liittyviä interventioita oli tarkastelussa mukana vain vähän. Tulos toimii myös perusteluna nyt käynnistyneille kansallisille hankkeille, joilla pyritään varmistamaan keskeisen lapsia ja perheitä koskevan tiedon välittyminen etenkin eri palvelujen rajapinnoilla toimittaessa tai siirryttäessä palvelusta toiseen (Kohti kumppanuutta 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b).

## **Yhteenveto tuloksista**

Ideaalitilanteessa lasten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia edistävästä yhteistyökäytännöistä olisi ollut useita samoilla menetelmillä tehtyjä tutkimuksia, jolloin eri tutkimusten toisistaan poikkeavia tuloksia olisi ollut mahdollista yhdistää ja vaikeuttavuutta ilmaista efektin tai riskin suuruutta arvioivilla indikaattoreilla. Palvelujärjestelmän rakenteisiin ja toimintaan kohdistuneita interventioita on kuitenkin tarkasteltu lukuisissa tutkimuksissa, mutta niiden metodiset lähtökohdat, kysymystenasettelut, käytetyt menetelmät ja tulosmuuttujat poikkesivat niin paljon toisistaan, ettei tällainen yhdistäminen ollut tässä katsauksessa mahdollista.

Intersektionaalisten yhteistyökäytäntöjen tutkimus on viime vuosina lisääntynyt merkittävästi. Mielenkiinnon kasvua voidaan perustella Euroopan unionin alueella yleisellä hyvinvointipolitiikan ja hallinnon muutoksella, jossa monet yhteiskunnallisen ja kunnallisen toiminnan vakiintuneet sektorijaot ylitetään ja jossa monet toimintatason ja -tavat ovat entistä tiiviimmässä keskinäisessä yhteydessä. Tätä muutosta on kansainvälisessä tutkimuksessa (etenkin Australiassa ja Yhdysvalloissa) yritetty



luonnehtia termillä *governance*. Tämä viittaa niihin uusiin lapsiperhepalvelujen yhteistyökäytäntöjen hallinnan muotoihin, jotka ovat tuloksena kun palvelujen hallinnon, järjestämisen ja toteutuksen sektori- ja tasoerot hämärtyvät. Tällaisista eri tasoilla ja eri sektoreiden rajapinnoilla tapahtuvista yhteistyökäytännöistä ja niiden vaikuttavuudesta Euroopassa ja Suomessa on ollut tähän saakka vain vähän tutkittua tietoa. (Moore ym. 2007; Rhodes 2007.)

Monitieteisen tutkimuksen tarve on ilmeinen pyrittäessä selvittämään toimivia yhteistyökäytäntöjä ja niiden vaikutusta perheiden terveyteen ja hyvinvointiin. Suomessa alan tutkimusryhmät ovat pieniä, jolloin niissä saattaa olla vaikea toteuttaa monitieteisyyttä. Pienten ryhmien vaihtelevat tieteenalapohjat myös osaltaan lisäävät alan tutkimuksen hajanaisuutta. Kansallinen verkottuminen tulisikin saada tiheimmäksi ja pyrkiä solmimaan kansainvälisiä verkostoja. Tähän katsaukseen valikoituneet artikkelit olivatkin suurimmalta osaltaan Yhdysvalloissa ja Kanadassa tehtyjä, mikä rajoittaa osaltaan tulosten sovellettavuutta. Näissä maissa lasten palvelujärjestelmän rakenteet ja konteksti poikkeavat Suomen palvelujärjestelmästä, joka on otettava huomioon yhteistyökäytäntöjen siirrettävyyttä arvioitaessa.

Yhteistyötä kuvaavia termejä esiintyi tutkimuksissa hyvin runsaasti ja niiden käyttö oli kirjavaa. Tulevaisuudessa olisikin tarpeen systemaattisesti selvittää yhteistyökäytäntöjä kuvaava eri tieteenalojen käsitteistö ja sen muodostamat käsitejärjestelmät pohjaksi kattavammalle käsitteiden määrittelylle ja termien valinnalle. Tässä työskentelyssä tarvitaan sekä deskriptiivistä eli käytössä olevien yhteistyökäytäntöjä kuvaavien termien ja käsitteistön selvittämistä, mutta myös normatiivista eli käsitteitä ja termistöä yhtenäistämään tai standardisoimaan pyrkivää lähestymistapaa.

Lähes neljänneksessä tutkimuksista (22 %) tietoa oli kerätty lapselta itseltään. Tulosta voidaan pitää yllättävänä, sillä lapset on usein unohdettu tutkimuksissa tiedonantajina ja lasta koskevia tietoja on usein kysytty vanhempien kautta. Myös tähän katsaukseen valikoituneissa alkuperäistutkimuksissa tietolähteinä toimivat useimmin joko lapsen vanhemmat, koulun työntekijät tai muut lapsen kanssa työskentelevät ammattilaiset.

Yhtenä lasten ja perheiden palvelujen keskeisenä periaatteena voidaan pitää ongelmien ennaltaehkäisyä, niiden varhaista tunnistamista ja tuen oikea-aikaista järjestämistä. Keskeisenä työvälineenä tässä on lapsen ja perheen kanssa työskentelevän aikuisen subjektiivinen huoli. Huoleen on tartuttava heti ja lapselle ja hänen perheelleen on etsittävä apua, etteivät ongelmat kasautuisi ja kärjistyisi. Tämän vuoksi on merkittävää, että saatujen tulosten mukaan useimmat interventiot kohdistuivat erilaisiin pulmatilanteisiin. Ennaltaehkäiseviä tai ongelmien varhaiseen tunnistamiseen tähtääviä yhteistyöinterventioita oli katsauksessa mukana ainoastaan vähän. Varhaisen tunnistamisen interventioina toteutettiin muun muassa lapsen kouluvalmiuksien vahvistamista, palveluohjausta sekä vanhempien osallistamista. Näillä interventioilla ei voitu juurikaan osoittaa olleen vaikuttavuutta vanhempien sitoutumiseen ja osallistumiseen tai lapsen koulumenestykseen ja käyttäytymiseen. Tulos saattaa antaa viitteitä siitä, että pitkäkestoisten vaikutusten osoittaminen on haastavaa ja vaikeaa.

Yhteistyönä toteutettavia varhaisen tunnistamisen ja tuen oikea-aikaisen järjestämisen interventioiden vaikuttavuutta tulisi kuitenkin jatkossa tutkia tarkemmin ja kattavammin niistä saatavan hyödyn osoittamiseksi.

Interventiot voidaan yleisesti luokitella 1) universaaleihin, kaikille suunnattuihin toimintakäytäntöihin, 2) selektiivisiin, valikoiduille kohonneen riskitason ryhmille suunnattuihin sekä 3) kohdennettuihin, tietyille yksilöille suunnattuihin interventioihin. (Loxley ym. 2004). Suurin osa kehitetyistä interventioista kohdistui joko lapseen tai hänen vanhempiinsa joko selektiivisesti tai kohdennetusti, siten että interventiot oli suunnattu perheille, joilla oli kohonnut riskitaso tai lapsille, joilla oli alkavia tai jo havaittuja ongelmia. Kyse on siis eräänlaisesta positiivisesta diskriminaatiosta: lasten ja perheiden palvelujen on oltava herkkiä ja tarjottava eri elämäntilanteessa eläville perheille erilaisia ratkaisuja.

Myös yhteistyöinterventioiden kirjo oli laaja: erilaisia teoriarakenteita oli useita, eivätkä kaikki interventiot pohjautuneet mihinkään tiettyyn teoriasuuntaukseen. Intensiteetti vaihteli puhelimitse tapahtuvasta yhteydenpidosta siihen, että interventiokäyntejä saattoi olla useita viikossa. Interventioiden pituus vaihteli lyhytkestoisesta, kertaluontoisesta toiminnasta viiteen vuoteen. Interventioiden laajan kirjon vuoksi tässä katsauksessa ei voidakaan tehdä minkäänlaisia johtopäätöksiä siitä, miten interventioiden pituus ja intensiteetti olivat yhteydessä niiden vaikuttavuuteen. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä ettei interventioilla olisi vaikuttavuutta. Interventioilla saattaa todellisuudessa esiintyä muitakin ei tieteellisin menetelmin mitattavissa olevia vaikutuksia lapsen ja perheen toimintaan ja hyvinvointiin kuin mitä tulostulosten avulla on voitu arvioida. Tutkimuksissa oli käytetty useita strukturoituja ja strukturoitumattomia terveyden ja hyvinvoinnin sekä toteutuneen yhteistyön tulosmittareita; mitään tutkimuksille yhteisiä, ensisijaisia tulosmittareita ei kuitenkaan löytynyt.

Usein kansallisessa ja kansainvälisessä keskustelussa pohditaan sitä, miten tutkittu tieto saadaan hyödyntämään lasten ja perheiden arkea sekä edistämään heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Lisäksi puutteita on siinä, miten tieto kehitetyistä hyvistä käytännöistä ja vaikuttavista interventioista saataisiin etenemään poliittiseen päätöksentekoon ja ohjaamaan palveluja. Tämä edellyttää teoreettisen, tutkimuksellisen ja käytännön tiedon ja taidon yhteen tulemistä sekä monialaista yhteistyötä, jota tässä katsauksessa on pyritty konkretisoimaan. Kehittämistyön pohjaksi tarvitaan tietoa esimerkiksi siitä, mitä lapsiperheet tarvitsevat, millaisiin tilanteisiin palvelut liittyvät ja millaista toimintaa ja rakenteita ne edellyttävät sekä millaisia vaikutuksia ne tuottavat.

## 5.2 Tulosten luotettavuus

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman läpinäkyvä ja toistettava prosessi. Luotettavuuden arviointi perustuu Greenhalghin

(1997) esittämiin laatuksiteereihin järjestelmällisen katsauksen luotettavuuden arvioimisesta. Erityistä huomiota kiinnitetään tutkimuskysymyksen rajaukseen, sisäänottokriteerien selkeyteen, haun kattavuuteen, tutkimusten laadun arviointiin sekä tulosten relevanttiuteen ja tulkintaan.

### **Tutkimuskysymyksen rajaus**

Tutkimuskysymyksen tulisi olla tarkkaan ja yksiselitteisesti rajattu. Koska lapsiperheitä tukevat palvelujärjestelmän rakenteisiin ja toimintaan kohdistuneet yhteistyöinterventiot ovat tutkittavana ilmiönä hyvin laaja ja moniulotteinen ilmiö, josta ei juuri ole olemassa aikaisemmin tutkittua tietoa (esimerkiksi aikaisemmin tehtyjä meta-analyyskejä tai järjestelmällisiä katsauksia), ei tutkimuskysymyksen tarkka rajaus etukäteen esimerkiksi intervention ominaisuuden, sisällön tai tulosmuuttujien suhteen ollut mahdollista tai mielekästä. Mukaan haluttiin ottaa kaikki yhteistyökäytäntöihin liittyvät interventiot, ja koota niitä koskeva vaikuttavuustieto yhteen. Jatkossa tulisi kuitenkin pohtia järjestelmällisen katsauksen kohdentamista yksityiskohdaisempiin ja hienojakoisempiin tutkimuskysymyksiin.

### **Sisäänottokriteerien selkeys**

Tutkimukselle pyrittiin osoittamaan yksityiskohtaiset sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kriteerit liittyivät tutkimusasetelmaan, kohderyhmään, yhteistyöinterventioon, tieteellisen tutkimuksen tasoon ja kulttuuriseen relevanssiin. Sisäänottokriteerien toimivuus esitettiin muutamalla sattumanvaraisesti valitulla alkuperäistutkimuksella neljän tutkijan yhteistyönä. Artikkelien lopullinen valinta tehtiin sisäänottokriteerien perusteella kahden tutkijan toimesta, jotka työskentelivät itsenäisesti. Varsinaista yksimielisyysprosenttia ei laskettu, mutta tutkijoiden valinnat kohdistuivat lähes täysin yksimielisesti samoihin lähteisiin. Epäselvistä tai eriävistä mielipiteistä neuvoteltiin ja päätös mukaan valittavista artikkeleista tehtiin yksimielisesti. Kahden toisistaan riippumattoman tutkijan käytön on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa lisäävän artikkelien valintaprosessiin liittyvää luotettavuutta (Malmivaara 2002; Khan 2003; Häggman-Laitila 2009).

Katsauksen luotettavuuteen vaikuttavat myös kieli- ja julkaisuharha (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Kieliharhaa pyrittiin minimoimaan ottamalla mukaan kaikenkieliset artikkelit. Tosin hakusanat ja strategiat kohdennettiin vain kansainvälisiin tai kotimaisiin tietokantoihin, joka saattaa aiheuttaa hakujen rajautumista lähinnä englannin kieleen. Tästä johtuen esimerkiksi Aasiassa tehty tutkimukset ovat saattaneet jäädä haun ulkopuolelle. Julkaisuharhalla tarkoitetaan julkaisutapoihin liittyvää kirjallisuuden edustavuuden vääristymää, jonka vaikutusta katsaukseen on vaikeampi arvioida (Mäkelä ym. 1996).

## Haun kattavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on kritisoitu tietokannoissa käytettyjen hakutermien ja indeksoinnin epäyhtenäisyyden vuoksi (Sindhu & Dickson 1997). Tässä katsauksessa aineisto haettiin järjestelmällisesti valituista tietokannoista kullekin tietokannalle yksityiskohtaisesti luotujen hakustrategioiden avulla (liitteet 1–3). Hakustrategioiden ja -termien muodostaminen tehtiin tiiviissä yhteistyössä informaatikkojen kanssa. Hakutermien asettamisessa käytettiin apuna useita asiasanastoja tietokantakohtaisesti. Hakujen rajaaminen koskemaan asiasanaoja, tai laajempaa tekstiosiota tehtiin myös tietokantakohtaisesti Esther Corenin ja Mike Fisherin (2006) esittämän protokollan mukaisesti. Koska lasten ja perheiden terveyttä edistäviä yhteistyökäytäntöjä kuvaavien termien käyttö kuitenkin oli tutkimuksissa vaihtelevaa ja runsasta, voidaan olettaa, että aineisto edustaakin vain osaa aiheeseen liittyvästä tutkimuksista. Systemaattisuudesta huolimatta ulkopuolelle jäävien tutkimusartikkelien osuudeksi on arvioitu 30 prosenttia (Oxman 1999), joten kattavampi katsaus edellyttäisi lisäksi viite- ja käsihakuja (Mäkelä ym. 1996).

Artikkelien suuren määrän (N = 88) vuoksi, tässä katsauksessa ei haettu erikseen ns. 'harmaata' kirjallisuutta (opinnäytteitä, sisäisiä raportteja, ei referee -julkaisuja) tai listattu keskeisiä lähdeviitteitä ensisijaisista lähteistä. Myöskään asiantuntijakontaktihin perustuvia tiedonhakuja (julkaisemattomat lähteet tai alkuperäiset 'raaka-aineistot') ei edellä mainitusta syystä tehty. Jatkossa katsausta voidaankin päivittää ja täydentää näiltä osin.

## Tutkimusten laadun arviointi

Tutkimusten laadun arviointi toteutettiin useassa eri vaiheessa. Sisäänottokriteerinä edellytettiin tieteellistä referee-käytännön läpikäynyttä julkaisua. Otsikkotasolla arvioitiin tutkimusten relevanssia. Abstraktitasolla tarkasteltiin relveanssin lisäksi laatua. Koko tekstejä arvioitaessa tutkimusten laadun arviointiin pyrittiin kiinnittämään erityistä huomiota. Laadun arvioinnista käytettiin kansainvälisiä, sekä määrällisille että laadullisille tutkimuksille kehitettyjä laadun arvioinnin listauksia. Suurin osa tutkimuksista oli laadultaan heikkoja tai keskitasoisia. Analysoitujen tutkimusten luotettavuuden rajoituksina voidaan pitää sitä, ettei osallistujien valikoitumista, katoa sekä väliin tulevia muuttujia, analyysiprosessin etenemistä tai tutkimusten luotettavuutta oltu raportoitu riittävällä tarkkuudella. Sen lisäksi osassa tutkimuksista otoskoot olivat pieniä ja seuranta-ajat sangen lyhyitä.

## Alkuperäistutkimusten analysointi, tulosten relevanttius ja tulkinta

Analyysitavan valintaa määrittivät tutkimuskysymykset ja alkuperäistutkimusten luonne, mutta myös niiden lukumäärä, laatu ja heterogeenisuus. Koska tutkimusten lähestymistavat, metodit, kohteet, kohderyhmät, yhteistyöinterventiot ja niitä määrit-

tävät tekijät sekä tulosmuuttujat vaihtelivat suuresti ei varsinainen meta-analyysi ollut mahdollinen. Sen sijaan päädyttiin lähinnä kuvailevaan analyysiin, jonka on todettu olevan laadultaan eritasoisten ja heterogeenisten alkuperäistutkimusten analysoinnissa mielekästä (Khan ym. 2003). Kvantitatiivisista tutkimuksista pyrittiin tuottamaan vaikutusten suuruutta kuvaavia estimaatteja (Cohenin  $d$  ja Pearsonin  $r$ ), joiden on todettu soveltuvan ihmistieteisiin. Tulosten analyysiprosessi on pyritty kuvaamaan yksityiskohtaisesti ja toistettavasti.

Luotettavuutta lisää myös tutkimusartikkelien sisällön huolellinen analysointi tiedonkeruulomakkeen (liite 4) sekä taulukkomuotoisen (liitteet 5–7) tiedonkeruun avulla. Tiedonkeruulomakkeen etuna oli tarvittavan tiedon esille saaminen jokaisesta tutkimuksesta (vrt. Westman ym. 2005).

Koska suurin osa tutkimuksista oli pohjoisamerikkalaisia, vähentää se interventioiden ja tulosten sovellettavuutta Suomen kontekstiin. Palvelujärjestelmä, toimintakulttuuri ja -politiikat ovat näissä valtioissa erilaisia. Vaikka yhteistyökäytäntöjä kehittävien interventioiden vaikuttavuutta ei voitu luotettavasti arvioida, tutkimus kuitenkin kokoaa ja tuottaa tietoa kehitetyistä interventioista. Tätä tietoa voidaan hyödyntää lasten ja lapsiperheiden palvelujen kehittämisessä. Jatkossa tarvitaan kuitenkin lisää korkealaatuisia tutkimuksia kehitettyjen yhteistyöinterventioiden vaikuttavuuden arvioimiseksi.

## 6 Johtopäätökset

Tutkimusnäyttö lapsiperheitä tukevista, palvelujärjestelmän rakenteisiin ja toimintaan kohdistuneista interventioista jäi hajanaiseksi. Tässä katsauksessa tuotettua tietoa voidaan kuitenkin hyödyntää kehitettäessä ja arvioitaessa toimintamalleja lasten ja perheiden palveluihin. Tutkimustulosten pohjalta voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Lapsia ja lapsiperheitä tukevia, palvelujärjestelmän rakenteisiin ja toimintaan vaikuttavia yhteistyöinterventioita on toteutettu kolmella eri tasolla: perheiden ja työntekijöiden väliset, työntekijöiden keskkiset sekä palvelujärjestelmä- ja organisaatiotasolla toteutetut yhteistyökäytännöt.
2. Ehkäiseviin palveluihin liittyviä interventioita oli vain muutamia. Useimmat yhteistyöinterventiot kohdistuivat erilaisiin pulmatilanteisiin: interventiot oli pääasiallisesti suunnattu perheille, joilla oli kohonnut riskitaso tai lapsille, joilla oli alkavia tai jo havaittuja ongelmia.
3. Lapsiin ja perheisiin kohdistuneiden yhteistyöinterventioiden ominaispiirteet olivat osallisuus ja sitoutuminen. Tulosten perusteella näillä interventioilla näyttäisi olevan sekä lapsen kasvuun ja kehitykseen, että vanhempana toimimiseen liittyviä vaikutuksia.
4. Työntekijöiden keskisiä yhteistyökäytäntöjä kuvasivat yhteistyö, verkostoituminen, kumppanuus, perhekeskeisyys ja moniammatillisuus. Näillä interventioilla varovasti arvioituna on vähintään lieviä vaikutuksia työntekijöiden valmiuksiin perheiden kohtaamiseen, kumppanuuden toteutumiseen sekä yhteisiin toimintakäytäntöihin.
5. Palvelujärjestelmään kohdistuneissa yhteistyöinterventioissa keskeistä oli yli sektorirajojen ulottuva työskentely sekä palvelujen koordinointi ja integrointi. Tulosten mukaan näillä interventioilla on vähintään lieviä vaikutuksia palvelun jatkuvuuteen ja laatuun, toimintaprosesseihin sekä toiminnan verkottumiseen.
6. Lapsiperheitä tukevien, palvelujärjestelmän rakenteisiin ja toimintaan liittyvien yhteistyökäytäntöjen arviointiin tarvitaan korkeatasoisia seuranta tutkimuksia. Interventioita tulisi testata erilaisissa konteksteissa.
7. Yhteistyöinterventioihin liittyvän käsitteistön yhtenäistäminen mahdollistaisi systemaattisemman lähestymistavan ilmiön tarkasteluun
8. Yhteistyökäytäntöjen vaikuttavuutta arvioitaessa tulisi huomiota kiinnittää myös kustannusvaikuttavuuteen.

# Lähteet

- Abbot, D., Townesley, R. & Watson, D. 2005. Multi-agency working in services for disabled children: what impacts does it have on professionals. *Health and Social Care in the Community* 13, 155–163.
- Abidin, R.R. & Wilfong, E. 1989. Parenting stress and its relationship to child health care. *Children's Health Care* 18(2), 114–117.
- Aldous, J. & Mulligan, G.M. 2002. Father's child care and children's behavioral problems. *Journal of Family Issues* 23, 624–647.
- Aronen, E., Kuosa, M., Tallila, M. & Arajärvi, T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen – 15 vuoden seuranta tutkimus. *Duodecim* 111 (6), 505–509.
- Bromley, H., Dockery, G., Fenton, C., Nhlema, B., Smith H., Tolhurst, R. & Theobald, S. 2002. Criteria for evaluating qualitative studies. Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool.
- Brotherus, A. 2004. Esiopetuksen toimintakulttuuri lapsen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitos, tutkimuksia 251. Helsinki.  
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kay/sovel/vk/brotherus/esiopetu.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Carlson, M. 2006. Family structure, father involvement, and adolescent behavioral outcomes. *Journal of Marriage and Family* 68, 137–154.
- Carter, B., Cummings, J. & Cooper, L. 2007. An exploration of best practice in multi-agency working and the experiences of families of children with complex health needs. What works well and what needs to be done to improve practice for the future? *Journal of Clinical Nursing* 16, 527–539.
- Christenson, S. 1999. Families and schools: rights, responsibilities, resources and relationships. Teoksessa: Pianta, R. & Cox, M. (toim.) *The transition to kindergarten*. National center for early development & learning, 143–177. Paul Brookes Publishing, Baltimore.
- Cohen, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Cohen, J. 1992. A power primer. *Psychological Bulletin* 112, 155–159.
- Coren, E. & Fisher, M. 2006. The conduct of systematic research reviews for SCIE knowledge reviews. Social Care Institute for Excellence.  
<http://www.scie.org.uk/publications/researchresources/rr01.pdf> [viitattu 8.12.2009]

- Coulter, A. & Magee, H. 2003. The European patient of the future. Picker institute Europe and University of Oxford, Open University Press, London.
- Darlington, Y. & Feeney, J.A. 2008. Collaboration between mental health and child protection services: Professionals' perceptions of best practice. *Children and Youth Services Review* 30(2), 187–198.
- Darlington, Y., Feeney, J.A. & Rixon, K. 2005. Interagency collaboration between child protection and mental health services: Agency practices and perceived barriers. *Child Abuse and Neglect* 29(10), 1085–1098.
- Darlington, Y.M., Feeney, J.A. & Rixon, K.M. 2004. Complexity, conflict and uncertainty: Issues in collaboration between child protection and mental health services. *Children and Youth Services Review* 26(12), 1175–1192.
- Doornbos, M.M. 2002. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing* 11, 39–46.
- Einbinder, S.D., Robertson, P.J., Garcia, A., Vuckovic, G., & Patti, R.J. 2000. Interorganizational collaboration in social service organizations: A study of the prerequisites to success. *Journal of Children & Poverty* 6(2), 119–140.
- Engeström, Y. 2004. Kumppanuus organisaatioiden välisen yhteistoiminnan mallina ja oppimishaasteena. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö. Helsingin yliopisto.
- Flouri, E. & Buchanan, A. 2003a. The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence* 26, 63–78.
- Flouri, E. & Buchanan, A. 2003b. The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 634–644.
- Färkkilä, N., Kahiluoto, T. & Kivistö, M. 2006. Lasten päivähoidon tilannekatsaus. Syyskuu 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 16, Helsinki. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3762.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3762.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Greenhalgh, T. 1997. How to read a paper: papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *British Medical Journal* 315, 672–675.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolat Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22, Helsinki. <http://pre20090115.stm.fi/pr1135677343496/passthru.pdf> [viitattu 6.12.2009]
- Hakulinen-Viitanen T, Koponen P, Julin A-M, Perälä M-L, Luoto R. 2007. Asiakasnäkökulma äitiyshuollon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede* 19(6), 326–337.
- Halme, N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, tutkimuksia* 15, Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6e0e50cf-1e85-4a5c-8a32-530ff3a8c7f5> [viitattu 6.12.2009]



- Hanhivaara, P. 2004. Nyt pittää olla repäsevä meininki ja osallinen viilinki! Nuorten osallisuus, hankkeet ja paikallisuus. Teoksessa: Pylkkönen, M. & Ulvinen V-M. TUHTI 2004 Pohjoinen nuorisotyön, tutkimuksen ja hallinnon ulottuvuus. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan elektronisia julkaisuja 4. <http://herkules oulu.fi/isbn9514280296/isbn9514280296.pdf> [viitattu 8.12.2009]
- Heino, T. 2008. Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: Kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämisehdotukset. Selvitys Lastensuojelun kehittämisohjelmalle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen työpapereita 9, Helsinki. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T9-2008-VERKKO.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Heinonen, O.J. & Kujala, U.M. 2005 Kasvuikäisen urheilijan ongelmat. Liikuntalääketiede [www.ebm-guidelines.com/terveysportti/Dlehti2.show\\_pdf?fname=D92159.htm](http://www.ebm-guidelines.com/terveysportti/Dlehti2.show_pdf?fname=D92159.htm) [viitattu 7.12.2009]
- Heinämäki, L. 2007. Varhaista tukea koulun arkeen – työvälineenä kehittämisvalikko. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski. [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/artikkelit/Kouluhyvinvoinnin\\_kehittaminen/liitteet/Op67.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/artikkelit/Kouluhyvinvoinnin_kehittaminen/liitteet/Op67.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Hetherington, R., Baistrow, K., Katz, I., Mesie, J. & Trowell, J., 2002. The welfare of children with mentally ill parents: Learning from intercountry comparisons. John Wiley & Sons, Chichester.
- Higgins, J.P.T. & Green, S. (toim.) 2009. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration <http://www.cochrane-handbook.org/> [viitattu 8.12.2009]
- Hozo, S.P., Djulbegovic, B. & Hozo, I. 2005. Estimating the mean and variance from the median, range and the size of a sample. BMC Medical Research Methodology 5, 13–23.
- Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. Hoitotiede 21(4), 243–258.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. WSOY, Helsinki.
- Jakobsen, E.S. & Severinsson, E. 2006. Parents' experience of collaboration with community healthcare professionals. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 13(5), 498–505.
- Janhunen, K. & Oulasmaa, M. (toim.) 2008. Äidin kielletyt tunteet. Väestöliitto. Nykypaino Oy, Helsinki.
- Johnson, L.J., Zorn, D., Kai Young Tam, B., Lamontage, M. & Johnson, S.A. 2003. Stakeholders' views of factors that impact successful interagency collaboration. Exceptional Children 69(2), 195–209.
- Järvensivu, T. 2007. Values-driven management in strategic networks: a case study of the influence of organizational values on cooperation. Akateeminen väitöskirja. Helsinki School of Economics. <http://hsepubl.lib.hse.fi/pdf/diss/a287.pdf> [viitattu 8.12.2009]

- Järvinen, A., Jokinen, N., Ketonen, T., Laari, L., Opari, P. & Varamäki, R. 2009. Päihdebarometri 2009. Kuntien ja järjestöjen näkemyksiä päihdetilanteesta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 6, Helsinki.  
<http://www.tekry.fi/timage.php?i=100910&f=1&name=P%E4ihdebarometri+2009.pdf> [viitattu 6.12.2009]
- Karikoski, H. 2008. Lapsen koulunaloittaminen ekologisena siirtymänä. Vanhemmat informantteina lapsen siirtymisessä esiopetuksen kasvuympäristöistä perusopetuksen kasvuympäristöön. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteen laitos, Oulun yliopisto.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514287452/isbn9789514287452.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Karila, K. & Nummenmaa, A.R. 2001. Matkalla moniammatillisuuteen: Kuvauskohteenä päiväkotia. WSOY, Helsinki.
- Kearney, M., York, R. & Deatrick, J. 2000. Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship* 32 (4), 369–376.
- Kekkonen, M. 2000. Perusturvallisuus päivähoitossa. Sarja B, selvityksiä 1. Tehy ry, Helsinki.
- Khan, K.S., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. 2003. Systematic reviews to support evidence-based medicine. How to review and apply findings of healthcare research. Marston Book Services Ltd, London.
- King, N. & Ross, A. 2003. Professional identities and interprofessional relations: Evaluation of collaborative community schemes. *Social Work in Health Care* 38(2), 51–72.
- Kirkon tutkimuskeskus. 2008. Monikasvoinen kirkko. Suomen evankelisluterilainen kirkko vuosina 2004–2007. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 103, Tampere.  
[http://www.evl.fi/kkh/ktk/nelivuotiskertomus2004\\_2007/kertomus.pdf](http://www.evl.fi/kkh/ktk/nelivuotiskertomus2004_2007/kertomus.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Kohti kumppanuutta. 2009. Lapsiperheiden ja nuorten rajattomat palvelut -hanke. Projektisuunnitelma. Versio 1.0. Tampere.  
[http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5hIYVxApV/Kohti\\_kumppanuutta\\_projektisuunnitelma\\_1.0.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachments/k/5hIYVxApV/Kohti_kumppanuutta_projektisuunnitelma_1.0.pdf) [viitattu 11.2.2010]
- Konu, A. 2002. Oppilaiden hyvinvointi koulussa. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteiden laitos, Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5445-6.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Kraft-Sayre, M.E. & Pianta, R.C. 2000. Enhancing the transition to kindergarten. Linking children, families & schools. National center for early development & learning kindergarten transition studies. University of Virginia.  
[http://discovery.wcgmf.org/resources/sps\\_resource\\_363.pdf](http://discovery.wcgmf.org/resources/sps_resource_363.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Kytö, H., Tuorila, H. & Väliniemi, J. 2008. Terveyskeskuspalvelujen laatu ja saavutettavuus. Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisuja 8, Helsinki.

- [http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5330/2008\\_08\\_julkaisu\\_terveyskeskuspalvelut.pdf](http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5330/2008_08_julkaisu_terveyskeskuspalvelut.pdf) [viitattu 6.12.2009]
- Käypä hoito -toimitus 2008. Käsikirja työryhmille Käypä hoito -suositusten laadintaan. 6. uudistettu painos. 2008. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/kasikirja> [viitattu 8.12.2009]
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18(1), 4–13.
- Lavikainen, H., Koskinen, S., Aro, H., Kestilä, L., Lyytinen, H., Martelin, T., Pensola, T., Rahkonen, O. & Aromaa, A. 2006. Kouluvaikeuksien yleisyys ja yhteydet aikuisiän elämäntilanteeseen ja koettuun terveyteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(4), 402–410. <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/6D60C3F3-2AF5-4785-A22C-66B91FD8B2C5/0/064lavikainen.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Leonard, K.E. & Eiden, R.D. 2007. Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 3, 285–310.
- Loxley, W., Tournbourou, J.W. & Stockwell, T. 2004. The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence. The National Drug Research Institute and the Centre for Adolescent Health, Australia.
- Lämsä, A-L. 2009. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, Oulu. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514290213/isbn9789514290213.pdf> [viitattu 8.12.2009]
- Löthman-Kilpeläinen L. 2001. Lapsiperheen voimavarat ja voimavarojen vahvistaminen neuvolassa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim* 118, 877–879.
- Margetts, K. 2002. Planning transitions programmes. Teoksessa: Fabian, H. & Dunlop, A. (toim.) *Transitions in the early years. Debating continuity and progression for children in early education*, 111–122. Routledge Falmer, London.
- McCartney, E. 1999. Barriers to collaboration: an analysis of systemic barriers to collaboration between teachers and speech and language therapists. *International Journal of Language and Communication Disorders* 34, 431–440.
- Miller, C. 1999. Teachers and speech and language therapists: a shared framework. *British Journal of Special Education* 26, 141–146.
- Mooney, K.C, Thompson, R. & Nelson, J.M. 1987. Risk factors and the Child Behavior Checklist in a child mental health center setting. *Journal of Abnormal Child Psychology* 15(1), 67–73.
- Moore J, West RM, Keen J, Godfrey M & Townsend J. 2007. Networks and governance: the case of intermediate care. *Health and Social Care in the Community* 15(2), 155–164.

- Mäenpää, T. & Åstedt-Kurki, P. 2008. Cooperation between Finnish primary school nurses and pupil's parents. *International Nursing Review* 55(2), 219–226.
- Mäkelä, M., Varonen, H. & Teperi, J. 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. *Duodecim* 112(21), 1999–2006.
- Nelson, J.R., Stage, S., Duppong-Hurley, K., Synhorst, L. & Epstein, M.H. 2007. Risk factors predictive of the problem behavior of children at risk for emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children* 73(3), 367–379.
- Newsome, W.S. 2000. Parental perceptions during periods of transition: Implications for social workers serving families coping with autism. *Journal of Family Social Work* 5(2), 17–31.
- O'Brian, M. & Peyton, V. 2002. Parenting attitudes and marital intimacy: a longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology* 16(2), 118–127.
- OECD. 2006. Starting Strong II. Early childhood education and care. OECD, Paris. <http://www.oecd.org/dataoecd/14/32/37425999.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Opetusministeriö. 2004. Esiopetuksen tila Suomessa. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle esiopetusuudistuksen vaikutuksista ja tavoitteista. Opetusministeriön julkaisuja 32, Helsinki. [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2004/liitteet/opm\\_186\\_opm32.pdf?lang=fi](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2004/liitteet/opm_186_opm32.pdf?lang=fi) [viitattu 7.12.2009]
- Opetusministeriö. 2007. Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. 'Tulevaisuus velvoittaa, tämä päivä ratkaisee'. Pääministeri Matti Vanhasen II hallitus. Opetusministeriön julkaisuja 41, Helsinki.
- Oxman, A. 1999. Systemaattisten katsausten metodologisia kysymyksiä. Teoksessa: Varonen, H., Semberg, V. & Teikari, M. (toim.) *Tieteestä käytäntöön. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset terveydenhuollossa*. <http://www2.stakes.fi/finoha/raportit/011/r011f.html> [viitattu 8.12.2009]
- Pajulo, M. & Tamminen, T. 2002. Äidin päihdeongelma, vauva ja varhainen vuoro-vaikutus. *Suomen lääkärilehti* 30–32, 3009–3012.
- Peltonen, H. (toim.). 2008. Opiskelun tuki esi- ja perusopetuksessa – virikkeitä ja toimintamalleja yleisen ja erityisen tuen järjestämiseksi. Opetushallitus, Helsinki.
- Peltoniemi, T. 2005. Suomalaisten lasinen lapsuus 1994 ja 2004. *Tiimi 2/ 2005*. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/205/lasinenlapsuus04.html> [viitattu 6.12.2009]
- Picker Institute. 2004. Patient-centered care 2015: scenarios, vision, goals & next steps. The Picker Institute. <http://www.altfutures.com/pubs/Picker%20Final%20Report%20May%2014%202004.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Piha, J., Kaivosoja, M. & Salomaa, K. 2000. Lasten mielenterveyspalveluselvitys. Stakes aiheita 4, Helsinki.
- Pukari, P. 2006. Vanhempien osallisuuden vahvistaminen -raportti pilottihankkeesta. Teoksessa: Pukari, P. (toim.) *Vanhemmat osallisina – käsitteistöä ja menetel-*

- män kehittäjä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.  
<http://www.sosiaalikallega.fi/julkaisut/tyopaperit-ja-muut-julkaisut/Vanhemmasallisia.pdf> [viitattu 8.12.2009]
- Rajantie, J. & Perheentupa, J. 2005. Lasten terveys. Teoksessa: Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim. Kansanterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehityskeskus. Saarijärvi. 298–326.
- Rhodes R.A.W. 2007. Understanding governance: ten years on. *Organization Studies* 28(08), 1243–1264.
- Rimpelä, M., Kuusela, J., Rigoff, A.-M., Saaristo, V. & Wiss, K. 2008. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2. Peruseräraportti kyselystä 1.–6. vuosiluokkien kouluille. Opetushallitus ja Stakes, Helsinki.
- Rimpelä, M., Wiss, K., Saaristo, V., Happonen, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. 2007. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007. *Stakesin työpapereita* 32, Helsinki.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T32-2007-VERKKO.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Rose, L. 1998. Benefits and limitations of professional-family interactions: The family perspective. *Archives of Psychiatric Nursing* 12, 140–147.
- Rose, L.E. 1997. Caring for caregivers: Perceptions of social support. *Journal of Psychosocial Nursing* 35, 17–24.
- Rose, L.E., Mallison, R.K. & Walton-Moss, B. 2004. Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship* 36, 39–47.
- Ross, A., King, N. & Firth, J. 2005. Interprofessional relationships and collaborative working: Encouraging reflective practice. *Journal of Issues in Nursing* 10(1)
- Rudge, T. & Morse, K. 2004. Did anything change? Caregivers and schizophrenia after medication changes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 3–11.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. & Bremberg, S. 2007. Father's involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153–158.
- Seilonen, A. 2007. Yhteistyön ytimessä. Omahoitajakäytäntö pienten lasten päivähoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteiden tiedekunta, Oulun yliopisto.  
[http://www.sosiaalikallega.fi/kehittamisyksikot/varhaiskasvatuksen-kehittamisyksikko/opinnaytteet-1/gradu\\_seilonen.pdf](http://www.sosiaalikallega.fi/kehittamisyksikot/varhaiskasvatuksen-kehittamisyksikko/opinnaytteet-1/gradu_seilonen.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Sheeber, L.B. & Johnson, J.H. 1992. Child temperament, maternal adjustment, and changes in family life style. *American Journal of Orthopsychiatry* 62(2), 178–185.
- Sheehan, R., Paed-Erbrederis, C. & McLoughlin, A. 2000. The ICARUS project: Implications for children with adult relatives under stress. Department of Social Work, Monash University, Clayton, Victoria.

- Sindhu, F. & Dickson, R. 1997. Literature searching for systematic reviews. *Nursing Standard* 11(41), 40–42.
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. 2001. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen: Kiintymyssuhdeteoria – teoria yksilön kiinnittymisestä tärkeisiin toisiin ihmisiin, kiintymyssuhteen katkoksista ja merkityksestä kehitykselle. WSOY, Vantaa.
- Solantaus, T. 2008. Mahdollisuuksien kori: Lapsen kehityksen ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa: Ashorn, U. & Lehto, J. (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Stakes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2005. Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. Stakesin oppaita 56, Helsinki.  
<http://varttua.stakes.fi/NR/rdonlyres/DD04983E-D154-4FE4-90A1-E2690175BE26/0/vasu.pdf> [viitattu 8.2.2010]
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2007a. Lapsiperheiden terveyden edistämisen käytäntö terveys-, sosiaali- ja koulutoimen palvelujen rajapinnoissa: Lähijohtamisen tukimenetelmä varhaiseen puuttumiseen neuvolatyössä. Hankesuunnitelma, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2007b. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelukonseptit. Horisontaalinen hankekokonaisuus 2007–2015. Hankesuunnitelma, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2008a. Kasvatus ja perheneuvonta 2007. Stakesin tilastotiedote 26, Helsinki.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt26\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt26_08.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2008b. Erikoissairaanhoidon avohoito 2006 ja vuosina 1994–2006. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2008. Stakesin tilastotiedote 4, Helsinki.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt04\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt04_08.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2008c. Somaattinen erikoissairaanhoido 2007. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2008. Stakesin tilastotiedote 35, Helsinki.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt35\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt35_08.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 8, Helsinki.  
[http://www.terveys2015.fi/esite\\_fin.pdf](http://www.terveys2015.fi/esite_fin.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 12, Helsinki. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/lasthyvinvoi/selonteko.htm> [viitattu 6.12.2009]

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suunta-  
viivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveysmi-  
nisteriön oppaita 13, Helsinki.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1098966089380/passthru.pdf> [viitattu 6.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007a. Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuk-  
sen kansainvälinen kehitys. Varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan Varhaiskas-  
vatustutkimus ja kansainvälinen tilanne -jaoksen raportti. Sosiaali- ja terveys-  
ministeriön selvityksiä 6, Helsinki.  
<http://pre20090115.stm.fi/ka1172059357540/passthru.pdf> [viitattu 7.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007b. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Hanke-  
suunnitelma 2008–2011. Helsinki.  
[http://www.sosiaaliportti.fi/File/303afc17-94e3-4b82-b044-  
295fc6e1ddc3/Tikesos+hankesuunnitelma+2008-2011.pdf](http://www.sosiaaliportti.fi/File/303afc17-94e3-4b82-b044-295fc6e1ddc3/Tikesos+hankesuunnitelma+2008-2011.pdf) [viitattu 11.2.2010]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelu-  
terveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.  
Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 37, Helsinki.  
<http://pre20090115.stm.fi/aa1221728351442/passthru.pdf> [viitattu 6.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008c. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen ke-  
hittämishjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja  
6, Helsinki.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-  
3683.pdf&title=Sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_kansallinen\\_kehittamishjelma  
\\_KASTE\\_2008\\_2011.fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamishjelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008d. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveystenhuoltola-  
kityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28, Helsinki.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-  
9404.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Toimiva terveystakeskus -toimenpideohjelma.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41254&name=DLFE-  
4602.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf) [viitattu 6.12.2009]
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelutervey-  
denhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) peruste-  
lut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.
- Stanley, N., Penhale, B., Riordan, D., Barbour, R.S. & Holden, S. 2003. Working on  
the interface: Identifying professional responses to families with mental health  
and child-care needs. *Health and Social Care in the Community* 11(3), 208–218.
- Stranden K. (toim.) 1998. Ei tyhmä, vaan erilainen oppija. Stakes, Helsinki.
- Syntymärekiesteri 2009. Synnytykset ja vastasyntyneet 2008. Tilastoraportti 22/2009.  
10.12.2009. Suomen virallinen tilasto, Terveystakes 2009. Terveystakes ja hyvinvoin-  
nin laitos.



- Taskinen, S. 2007. Katsaus lasten ja nuorten palvelujen kehitykseen. Teoksessa: Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007, 13-28. Stakes, Helsinki.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. 2007.  
<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>  
 [viitattu 7.12.2009]
- Thalheimer, W. & Cook, S. 2002. How to calculate effect sizes from published research: a simplified methodology. Work-learning Research Publication.  
[http://www.work-learning.com/white\\_papers/effect\\_sizes/Effect\\_Sizes\\_pdf5.pdf](http://www.work-learning.com/white_papers/effect_sizes/Effect_Sizes_pdf5.pdf) [viitattu 8.12.2009]
- Tilastokeskus. 2009. Väestö 2009: Perheet 2008. Suomen virallinen tilasto.  
[http://www.stat.fi/til/perh/2008/perh\\_2008\\_2009-05-29\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/perh/2008/perh_2008_2009-05-29_fi.pdf) [viitattu 6.12.2009]
- Tuittu, A., Klemelä, K. & Räsänen, M. 2009. Yhteistyötä lasten hyvinvoinnin tukemiseksi. Turun esi- ja alkuopetuksen oppilashuollolisten palveluiden laadun ja kehittämistarpeiden arviointi. Koulutuksen arviointi- ja kehittämisyksikkö, Kasvatustieteiden tiedekunta, Turun yliopisto.  
[http://www.edu.utu.fi/erillisyksikot/koulutuksenarviointi/julkaisut/Oppilashuollon\\_arviointi.pdf](http://www.edu.utu.fi/erillisyksikot/koulutuksenarviointi/julkaisut/Oppilashuollon_arviointi.pdf) [viitattu 6.12.2009]
- Vaarama, M. & Pieper, R. 2006. Managing integrated care for older persons: European perspectives and good practices. Gummerus Kirjapaino, Vaajakoski.
- Wallenius, L. 2004. Psykososiaaliset palvelut ja moniammatillinen yhteistyö – Kohti toimivaa palvelukokonaisuutta. Pro gradu -tutkielma. Psykologian laitos, Turun yliopisto.
- Walsh, M.E., Brabeck, M.M. & Howard, K.A. 1999. Interprofessional collaboration in children's services: Toward a theoretical framework. *Children's Services: Social Policy, Research & Practice* 2(4), 183–208.
- Westman, R., Haverinen, R., Ristikartano, V., Koivisto, J. & Malmivaara, A. 2005. Perheinterventtioiden vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Stake-sin arviointiraportteja 5, Helsinki.  
<http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/3F94250B-BD88-487F-B549-4F22BA89DBDB/0/Perheinterventiot2005.pdf> [viitattu 8.12.2009]
- Viitala, R., Kekkonen, M. & Paavola, A. 2008. Perhekeskustoiminnan kehittäminen. PERHE-hankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 12, Helsinki.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3767.pdf&title=Perhekeskustoiminnan\\_kehittaminen\\_\\_PERHE\\_hankkeen\\_loppuraportti\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3767.pdf&title=Perhekeskustoiminnan_kehittaminen__PERHE_hankkeen_loppuraportti_fi.pdf) [viitattu 7.12.2009]
- Vilén, M., Vihunen, R., Vartiainen, J., Siven, T., Neuvonen, S. & Kurvinen, A. 2006. Lapsuus – erityinen elämänvaihe. WSOY, Helsinki



- Viljamaa M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 212. Jyväskylän yliopisto.
- Virtanen, P. (toim.) 1999. Verkostoituva asiakastyö. Kirjayhtymä Oy, Tampere.
- Välimäki, A-L. 1998. EVERY DAY. The evolution of the children's (day)-care system as an environment for early growth in Finnish society in the 19th and 20th centuries. Department of Behavioral Sciences, University of Oulu. Acta Universitatis Ouluensis E 31.
- Välimäki, A-L. & Lindberg, P. 2007. Päivähoito osana varhaiskasvatusta. Teoksessa: Heikkilä, M. & Lahti, T. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007, 29–43. Stakes, Helsinki.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. 2007. What fosters or prevents interprofessional team-working in primary and community care? A literature review. International Journal of Nursing Studies 45(1), 140–153.

**Liite 1. Hakustrategioiden luomista ohjanneet tekstisanat, indeksoidut termit sekä niiden yhdistelmät**

Kohderyhmä	
1. Child Guidance Clinicks	31. Kindergarten
2. Maternal-Child Health Centers	32. Nursery
3. Child Health Services	33. Social Office and parent\$.tw. or chld\$.tw.
4. School Health Services and parent\$.tw. or chld\$.tw.	34. Social Services and parent\$.tw. or chld\$.tw.
5. Preventive Health Services and parent\$.tw. or chld\$.tw.	35. Social Worker and parent\$.tw. or chld\$.tw.
6. Child Day Care Centers	36. Family Centre
7. Nurseries	37. Family Centres
8. Child, preschool	38. Family Center
9. School Nursing and parent\$.tw. or chld\$.tw.	39. Children's Center
10. Private Sector and parent\$.tw. or chld\$.tw.	40. Children's Centre
11. Voluntary Workers and parent\$.tw. or chld\$.tw.	41. Children's Centers
12. Child	42. Children's Centres
13. chld\$.tw.	43. Community Based Cent*and parent\$.tw. or chld\$.tw.
14. Parent	44. Family Support Cent*
15. parent\$.tw.	45. Social Services Family Cent*
16. Child Guidance	46. Parent? Cent*
17. Community Mental Health Services and parent\$.tw. or chld\$.tw.	47. Integrated Cent*and parent\$.tw. or chld\$.tw.
18. Social Work and parent\$.tw. or chld\$.tw.	48. Family Day Care Home*
19. Health Services, Maternal-Child	49. Family Social Work
20. Maternal-Child Nursing	50. Parenthood Education
21. Nursing, Maternal-Child	51. Parent Aide Services
22. Child Care	52. Family preservation services
23. Community Health Services and parent\$.tw. or chld\$.tw.	53. Family Functioning
24. Nursing Care and parent\$.tw. or chld\$.tw.	54. Child Rearing
25. Nursing Services and parent\$.tw. or chld\$.tw.	55. Parenting
26. Schools, nursery	56. Support Groups and parent\$.tw. or chld\$.tw.
27. Children, preschool	57. Support Services and parent\$.tw. or chld\$.tw.
28. Schools and parent\$.tw. or chld\$.tw.	58. Church and parent\$.tw. or chld\$.tw.
29. Public Sector and parent\$.tw. or chld\$.tw.	59. Parish and parent\$.tw. or chld\$.tw.
30. Children's Day Care	60. or/1-59

**Vaikuttavat toimintatavat/interventiot**

61.	Intervention	82.	Programs
62.	Programmes	83.	Best Practice analysis
63.	Best practices	84.	Preventive Programs
64.	guidelines	85.	Community based preventive programs
65.	effectiveness	86.	client centred practice
66.	efficacy	87.	or/61–86
67.	Early Intervention	88.	reflective
68.	Head Start Program	89.	network
69.	Training Programs	90.	joint venture
70.	Program Efficiency	91.	co-operative behavior
71.	Family Planning Programs	92.	community networks
72.	Privately Sponsored Programs	93.	cordination
73.	Wellness Programs	94.	intersectoral action
74.	Program Accessibility	95.	multisectoral action
75.	Healthy People Programs	96.	joint working
76.	National Health Programs	97.	partnership
77.	Program evaluation, nursing	98.	collaboration
78.	Nursing Program Evaluation	99.	co-operation
79.	Post Partum Programs	100.	teamwork
80.	Program effectiveness	101.	or/88–100
81.	Standards		

**Tutkimusasetelma (Perustuu SIGN 2001–2008)**

102.	Meta-Analysis/	143.	Randomization/
103.	meta analy\$.tw.	144.	Single blind procedure/
104.	metaanaly\$.tw.	145.	Double blind procedure/
105.	meta analysis.pt.	146.	Crossover procedure/
106.	(systematic adj (review\$1 or over- view\$1)).tw.	147.	Randomi?ed controlled trial\$.tw.
107.	exp Review Literature/	148.	Rct.tw.
108.	exp Meta Analysis/	149.	Random allocation.tw.
109.	((meta adj analy\$) or metaana- lys\$).tw.	150.	Randomly allocated.tw.
110.	(systematic adj (review\$1 or over- view\$1)).tw.	151.	Allocated randomly.tw.
111.	exp Literature review/	152.	(allocated adj2 random).tw.
112.	(systematic adj (review or over- view)).tw.	153.	Single blind\$.tw.
113.	Randomized controlled trials/	154.	Double blind\$.tw.
114.	Randomized controlled trial.pt.	155.	((treble or triple) adj (blind\$).tw.
115.	Random allocation/	156.	Random assignment/
116.	Double blind method/	157.	Random\$ allocat\$.tw.
117.	Single blind method/	158.	Quantitative studies/
118.	Clinical trial.pt.	159.	Allocat\$ random\$.tw.
119.	Exp clinical trials/	160.	Exp case control studies/
120.	(clinic\$ adj trial\$1).tw.	161.	Exp cohort studies/
121.	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	162.	Exp cohort studies/
122.	Randomly allocated.tw	163.	Case control.tw.
123.	(allocated adj2 random).tw.	164.	(cohort adj (study or studies)).tw.
124.	Clinical trial/	165.	Cohort analy\$.tw.
		166.	(Follow up adj (study or studies)).tw.
		167.	(observational adj (study or stud- ies)).tw.
		168.	Longitudinal.tw. retrospective.tw
		169.	Correlational studies/

125. Randomized controlled trial/	170. Nonconcurrent prospective studies/
126. Cross sectional.tw.	171. Cross sectional studies/
127. Cross-sectional studies/	172. (cohort adj (study or studies)).tw.
128. Clinical study/	173. (observational adj (study or studies)).tw.
129. Case control study	174. randomized controlled trial
130. Family study/	175. experimental studies without randomi- zation
131. Longitudinal study/	176. cohort studies
132. Retrospective study/	177. case-control studies
133. Prospective study/	178. cross-sectional
134. Cohort analysis/	179. before- and after studies
135. (Cohort adj (study or studies)).mp.	180. correlational studies
136. (Case control adj (study or stud- ies)).tw.	181. quasi-experimental studies
137. (follow up adj (study or studies)).tw.	182. cluster-randomization
138. (observational adj (study or stud- ies)).tw.	183. intervention studies
139. (epidemiologic\$ adj (study or stud- ies)).tw.	184. meta-analysis
140. (cross sectional adj (study or stud- ies)).tw.	185. systematic reviews
141. Prospective studies/	186. Qualitative research or/102–187
142. Exp case control studies/	

Note: Liitetaulukossa 1 käytetyt lyhenteet (Lähde: SIGN 2001–2008 Search Filters)

/ after an index term indicates that all subheadings were selected.

\* before an index term indicates that that term was focused - i.e. limited to records where the term was a major MeSH/Emtree term.

"exp" before an index term indicates that the term was exploded.

.tw. indicates a search for a term in title/abstract

.mp. indicates a free text search for a term

.pt. indicates a search for a publication type

\$ at the end of a term indicates that this term has been truncated.

? in the middle of a term indicates the use of a wildcard.

adj indicates a search for two terms where they appear adjacent to one another

## Liite 2. Käytetyt hakutermit kotimaisissa tietokannoissa (YSA - Yleinen suomalainen asiasanasto)

Kohderyhmä	
187. seurakunta	220. ehkäisevä sosiaalityö
188. kirkko	221. perhetyö
189. seurakunnat	222. sosiaalihuolto
190. liikunta	223. vapaaehtoistyö
191. erityisliikunta	224. esiopetus
192. koululiikunta	225. äitiysneuvolat
193. musiikkiliikunta	226. lastenneuvolat
194. perheliikunta	227. äitiysvoimistelu
195. satuliikunta	228. lastenhoitajat
196. terveysliikunta	229. perhepäivähoitajat
197. liikkuminen	230. päivähoitajat
198. urheilu	231. lastenhoito
199. kulttuuri	232. lapsityö
200. lasten kulttuuri	233. lastensuojelu
201. liikuntakulttuuri	234. lastenkodit
202. terveydenhuolto	235. lastensuojelulaitokset
203. kouluterveydenhuolto	236. yksityinen sektori
204. perusterveydenhuolto	237. päivähoito
205. äitiyshuolto	238. päiväkodit
206. terveyspalvelut	239. kolmas sektori
207. terveystoimi	240. kehitysvammahuolto
208. koulutoimi	241. erityiskasvatus
209. opetustoimi	242. erityiskoulut
210. sosiaalityö	243. erityisluokat
211. sosiaalityö	244. erityisopetus
212. sosiaaliturva	245. erityispäivähoito
213. lastenhuolto	246. varhaiskasvatus
214. kasvatus	247. erikoissairaanhoido
215. opetus	248. perhekeskus
216. yhteisökasvatus	249. avoin varhaiskasvatus
217. sosiaalinen kasvatus	
218. kasvatusneuvonta	
219. perheneuvonta	

Vaikuttavat toimintatavat/interventiot	
250. hyvät käytännöt	254. toimintamallit
251. vaikuttavuus	255. toimintamuodot
252. vaikutukset	256. interventio
253. seuraukset	257. or/

Tulokset	
258. yhteistyö	264. tiimityö
259. yhteistoiminta	265. verkostoituminen
260. alueellinen yhteistyö	266. verkostot
261. seutuyhteistyö	267. verkostotyö
262. tiimit	268. reflektiivisyys
263. ryhmätyö	269. or/

Tutkimusasetelma	
270. Tutkimus	
271. or/	

### Liite 3. Tiedonhaussa käytetyt vapaat tekstistanat, indeksoidut termit sekä näiden yhdistelmät eri tietokannoissa

Tietokanta: ARTO

ASIASANOILLA

Haku: tarkennettu haku = (perhe? vanhemm? äiti äidit isä? lapsiperhe? äitiys isyys lapsi lapsuu?)[ in Asiasana/Ämn.ord/Subject ]AND(?liikunta liikkuminen urheilu? ?kulttuuri ?terveydenhuolto äitiys? terveys? ?sairaan? erityis?)[ in Asiasana/Ämn.ord/Subject ]AND(koulu? ?opetus? päivä? kolmas sektori vapaaehtois? yksityinen sektori sosiaali? lasten? ?kasvatus? ehkäisevä sosiaalityö kehitys?)[ in Asiasana/Ämn.ord/Subject ]AND(hyvät käytännöt vaikut? seura? toimintam? interventio?)[ in Asiasana/Ämn.ord/Subject ]AND(?yhteis? alueellinen? tiimi? ryhmä? verkost? refleksiivisyys)[ in Asiasana/Ämn.ord/Subject ]AND(tutkimu? randomi?)[ in Asiasana/Ämn.ord/Subject ]

Hakutulos: Viitteet 26– 50 (yhteensä 58).

Tietokanta: ARTO

SANAHAUILLA y=2000-2008

Haku: tarkennettu haku = (perhe? OR vanhemm? OR äiti OR äidit OR isä? OR lapsiperhe? OR äitiys OR isyys OR lapsi OR lapsuu?) [hakutyyppe: Sanahaku] AND (?liikunta OR liikkuminen OR urheilu? OR ?kulttuuri OR ?terveydenhuolto OR äitiys? OR terveys? OR ?sairaan? OR erityis?) [hakutyyppe: Sanahaku] AND (koulu? OR ?opetus? OR päivä? OR kolmas OR sektori OR vapaaehtois? OR yksityinen OR sektori OR sosiaali? OR lasten? OR ?kasvatus? OR ehkäisevä OR sosiaalityö OR kehitys?) [hakutyyppe: Sanahaku] AND (hyvät OR käytännöt OR vaikut? OR seura? OR toimintam? OR interventio?) [hakutyyppe: Sanahaku] AND (?yhteis? OR alueellinen? OR tiimi? OR ryhmä? OR verkost? OR refleksiivisyys) [hakutyyppe: Sanahaku] AND (tutkimu? OR randomi?) [hakutyyppe: Sanahaku]

Hakutulos: Viitteet 1 - 25 (yhteensä 225).

#### CINAHL-profiili 16.6.2008

"child guidance clinic\*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"maternal-child health cent\*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"child health service\*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"school health service\*".mp. and (parent\* or child\*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"preventive health service\*".mp. and (parent\* or child\*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"child day care cent\*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

(nursery or nurseries).mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

Child, Preschool/

"school nursing".mp. and (parent\* or child\*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"private sector".mp. and (parent\* or child\*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"voluntary worker\*".mp. and (parent\* or child\*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

parent\*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"child guidance".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"community mental health service\*".mp. and (parent\* or child\*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"social work".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"health services, maternal-child".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"maternal-child nursing".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"nursing, maternal-child".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"child care".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"community health service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"nursing care".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"nursing service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"schools,nursery".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"children,preschool".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
school*.mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"public sector".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"children's day care".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
kindergarten*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"social office".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"social service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"social worker*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"family cent*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"children's cent*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"community based cent*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"family support cent*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"social services family cent*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"parent? cent*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"integrated cent*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"family day care home*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"family social work".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"parenthood education".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"parent aid* service*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"family preservation service*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"family functioning".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"child rearing".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
parenting.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"support group*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"support service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
church*.mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
parish*.mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
intervention*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
progam*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]

"best practice*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
guideline*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
effectiveness.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
efficacy.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"early intervention*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"head start program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"training program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"program efficiency".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"family planning program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"privately sponsored program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"wellness program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"program accessibility".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"healthy people program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"national health program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"program evaluation,nursing".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"nursing program evaluation".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"post partum program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"program effectiveness".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
standard*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"best practice analysis".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"preventive program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"community based preventive program*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
("client centred practice" or "client centered practice").mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75
collaboration.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
(cooperation or co-operation).mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
teamwork*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
reflective.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
network*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"joint venture*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
("cooperative behavior" or "co-operative behavior").mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"community network*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
coordination.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"intersectoral action*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"multisectoral action*".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
"joint working".mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
partnership*.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89
meta-analysis/
meta analy\$.tw.
metaanaly\$.tw.
meta analysis.pt.
(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
exp literature review/
exp meta analysis/



((meta adj analy\$) or metaanaly\$).tw.
(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
(systematic adj (review or overview)).tw.
randomized controlled trials/
randomized controlled trial.pt.
random assignment/
double blind studies/
single blind studies/
clinical trial.pt.
exp clinical trials/
(clinic\$ adj trial\$1).tw.
((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj (blind\$ or mask\$3)).tw.
randomly allocated.tw.
(allocated adj2 random).tw.
clinical trial/
randomized clinical trial/
randomization/
single blind procedure/
double blind procedure/
crossover design/
randomi?ed controlled trial\$.tw.
rct.tw.
random allocation.tw.
randomly allocated.tw.
allocated randomly.tw.
(allocated adj2 random).tw.
single blind\$.tw.
double blind\$.tw.
((treble or triple) adj blind\$).tw.
random\$ allocat\$.tw.
quantitative studies/
allocat\$ random\$.tw.
exp case control studies/
exp cohort studies/
case control.tw.
(cohort adj (study or studies)).tw.
cohort analy\$.tw.
(follow up adj (study or studies)).tw.
(observational adj (study or studies)).tw.
longitudinal.tw.
retrospective.tw.
cross sectional.tw.
cross-sectional studies/
clinical study/
case control study/
family study/
longitudinal study/
retrospective study/
prospective study/

cohort analysis/
(cohort adj (study or studies)).mp.
(case control adj (study or studies)).tw.
(observational adj (study or studies)).tw.
(epidemiologic\$ adj (study or studies)).tw.
(cross sectional adj (study or studies)).tw.
prospective studies/
exp case control studies/
correlational studies/
nonconcurrent prospective studies/
(cohort adj (study or studies)).tw.
(observational adj (study or studies)).tw.
randomized controlled trial.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
experimental studies without randomization.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
cohort studies.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
case-control studies.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
cross-sectional.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
(before- and after studies).mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
correlational studies.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
quasi-experimental studies.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
cluster-randomization.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
intervention studies.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
meta-analysis.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
systematic reviews.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
qualitative research.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation]
91 or 92 or 93 or 94 or 95 or 96 or 97 or 98 or 99 or 100 or 101 or 102 or 103 or 104 or 105 or 106 or 107 or 108 or 109 or 110 or 111 or 112 or 113 or 114 or 115 or 116 or 117 or 118 or 119 or 120 or 121 or 122 or 123 or 124 or 125 or 126 or 127 or 128 or 129 or 130 or 131 or 132 or 133 or 134 or 135 or 136 or 137 or 138 or 139 or 140 or 141 or 142 or 143 or 144 or 145 or 146 or 147 or 148 or 149 or 150 or 151 or 152 or 153 or 154 or 155 or 156 or 157 or 158 or 159 or 160 or 161 or 162 or 163 or 164 or 165 or 166 or 167 or 168 or 169 or 170 or 171
1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50
76 and 90 and 172 and 173
limit 174 to yr="2000 - 2008"
limit 175 to research

**Tietokannat: ASSIA, ERIC, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts**
**Aikarajaus:** 2000– 2008

**Julkaisutyypirajaus:** peer reviewed

**#1** KW=(child\* OR parent\* OR maternal\* OR famil\* OR nurser\* OR kindergarten\*)

**#2** KW=(intervention\* OR program\* OR practice\* OR guideline\* OR effectiveness OR efficacy OR standard\*)

**#3** KW=(collaborati\* OR co-operat\* OR teamwork OR reflective OR network\* OR joint\* OR coordinati\* OR intersectoral or multisectoral OR partnership\*)

#4 KW=(random\* OR meta\* OR trial\* OR "treble blind" OR "triple blind" OR "double blind" OR "single blind" OR quantitative OR cohort OR "case control" OR follow-up OR observation\* OR longitudinal OR retrospective OR cross-sectional OR clinical\* OR prospective OR epidemiologic OR correlational OR experimental OR quasi-experimental OR cluster\* OR review\* OR qualitative

**HAKULAUSE: #1 AND #2 AND #3 AND #4**

**Tietokannat: EBSCOHost ASE, PsycInfo, SocIndex**

**Aikarajaus: 2000– 2008**

**Julkaisutyypirajaus: peer reviewed**

#1 KW=(child\* OR parent\* OR maternal\* OR famil\* OR nurser\* OR kindergarten\*)

#2 SU=(child\* OR parent\* OR maternal\* OR famil\* OR nurser\* OR kindergarten\*)

#3 KW=(intervention\* OR program\* OR practice\* OR guideline\* OR effectiveness OR efficacy OR standard\*)

#4 SU=(intervention\* OR program\* OR practice\* OR guideline\* OR effectiveness OR efficacy OR standard\*)

#5 KW=(collaborati\* OR cooperat\* OR teamwork OR reflective OR network\* OR joint\* OR coordinati\* OR intersectoral OR multisectoral OR partnership\*)

#6 SU=(collaborati\* OR cooperat\* OR teamwork OR reflective OR network\* OR joint\* OR coordinati\* OR intersectoral OR multisectoral OR partnership\*)

#7 KW=(random\* OR meta\* OR trial\* OR "treble blind" OR "triple blind" OR "double blind" OR "single blind" OR quantitative OR cohort OR "case control" OR follow-up OR observation\* OR longitudinal OR retrospective OR cross-sectional OR clinical\* OR prospective OR epidemiologic OR correlational OR experimental OR quasi-experimental OR cluster\* OR review\* OR qualitative OR crossover)

#8 SU=(random\* OR meta\* OR trial\* OR "treble blind" OR "triple blind" OR "double blind" OR "single blind" OR quantitative OR cohort OR "case control" OR follow-up OR observation\* OR longitudinal OR retrospective OR cross-sectional OR clinical\* OR prospective OR epidemiologic OR correlational OR experimental OR quasi-experimental OR cluster\* OR review\* OR qualitative OR crossover)

**HAKULAUSE( #1 OR #2) AND (#3 OR #4) AND (#5 OR #6) AND (#7 OR #8)**

#	MEDLINE _profiili 16.6.2008	Results
1	"child guidance clinic*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	45
2	"maternal-child health cent*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	553
3	"child health service*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	5414
4	"school health service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1520
5	"preventive health service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title,	518

	original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	
6	"child day care cent*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1312
7	(nursery or nurseries).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	2556
8	Child, Preschool/	220194
9	"school nursing".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	574
10	"private sector".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	355
11	"voluntary worker*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	146
12	parent*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	112199
13	"child guidance".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	118
14	"community mental health service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	480
15	"social work".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	833
16	"health services, maternal-child".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
17	"maternal-child nursing".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1040
18	"nursing, maternal-child".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	2
19	"child care".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	2423
20	"community health service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	741
21	"nursing care".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	576
22	"nursing service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	122
23	"schools,nursery".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	138
24	"children,preschool".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	13
25	school*.mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	26947
26	"public sector".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	309
27	"children's day care".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	18
28	kindergarten*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1252
29	"social office".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
30	"social service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	486

31	"social worker*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	466
32	"family cent*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	755
33	"children's cent*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	61
34	"community based cent*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	2
35	"family support cent*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	3
36	"social services family cent*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
37	"parent? cent*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	35
38	"integrated cent*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1
39	"family day care home*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	5
40	"family social work".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
41	"parenthood education".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	3
42	"parent aid* service*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
43	"family preservation service*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	16
44	"family functioning".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	972
45	"child rearing".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1208
46	parenting.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	6226
47	"support group*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	350
48	"support service*".mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	260
49	church*.mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	235
50	parish*.mp. and (parent* or child*).tw. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	87
51	intervention*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	222259
52	progam*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	31
53	"best practice*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	3637
54	guideline*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	120283
55	effectiveness.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	95428
56	efficacy.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	193269

	subject heading word]	
57	"early intervention*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	4500
58	"head start program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	84
59	"training program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	8837
60	"program efficiency".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	11
61	"family planning program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	304
62	"privately sponsored program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
63	"wellness program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	195
64	"program accessibility".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	3
65	"healthy people program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	405
66	"national health program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	11286
67	"program evaluation,nursing".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1
68	"nursing program evaluation".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	2
69	"post partum program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
70	"program effectiveness".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	220
71	standard*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	301763
72	"best practice analysis".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1
73	"preventive program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	657
74	"community based preventive program*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	4
75	("client centred practice" or "client centered practice").mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	35
76	51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	832527
77	collaboration.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	14342
78	(cooperation or co-operation).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	28316
79	teamwork*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1641
80	reflective.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	3440
81	network*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	92051

82	"joint venture*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1004
83	("cooperative behavio?r" or "co-operative behavio?r").mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	11917
84	"community network*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	2903
85	coordination.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	18034
86	"intersectoral action*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	14
87	"multisectoral action*".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	1
88	"joint working".mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	151
89	partnership*.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	8389
90	77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89	166681
91	meta-analysis/	15757
92	meta analy\$.tw.	17852
93	metaanaly\$.tw.	626
94	meta analysis.pt.	15757
95	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	13751
96	exp review literature/	835286
97	exp meta analysis/	15757
98	((meta adj analy\$) or metaanaly\$).tw.	18401
99	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	13751
100	(systematic adj (review or overview)).tw.	11627
101	randomized controlled trials/	45917
102	randomized controlled trial.pt.	156333
103	random allocation/	25864
104	double blind studies/	51447
105	single blind studies/	9276
106	clinical trial.pt.	241578
107	exp clinical trials/	0
108	(clinic\$ adj trial\$1).tw.	83047
109	((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj (blind\$ or mask\$3)).tw.	48792
110	randomly allocated.tw.	6215
111	(allocated adj2 random).tw.	165
112	clinical trial/	241578
113	randomized clinical trial/	0
114	randomization/	25864
115	single blind procedure/	0
116	double blind procedure/	0
117	crossover design/	19700
118	randomi?ed controlled trial\$.tw.	27826
119	rct.tw.	2341
120	random allocation.tw.	469
121	randomly allocated.tw.	6215
122	allocated randomly.tw.	739

123	(allocated adj2 random).tw.	165
124	single blind\$.tw.	4183
125	double blind\$.tw.	43631
126	((treble or triple) adj blind\$.tw.	92
127	random\$ allocat\$.tw.	6802
128	evaluation studies/	102426
129	allocat\$ random\$.tw.	747
130	exp case control studies/	283765
131	exp cohort studies/	403266
132	case control.tw.	30427
133	(cohort adj (study or studies)).tw.	29839
134	cohort analy\$.tw.	1270
135	(follow up adj (study or studies)).tw.	12677
136	(observational adj (study or studies)).tw.	15055
137	longitudinal.tw.	48222
138	retrospective.tw.	104695
139	cross sectional.tw.	59036
140	cross-sectional studies/	66504
141	clinical study/	0
142	case control study/	84828
143	family study/	0
144	longitudinal study/	33192
145	retrospective study/	204674
146	prospective study/	163489
147	cohort analysis/	70418
148	(cohort adj (study or studies)).mp.	83471
149	(case control adj (study or studies)).tw.	25264
150	(observational adj (study or studies)).tw.	15055
151	(epidemiologic\$ adj (study or studies)).tw.	23771
152	(cross sectional adj (study or studies)).tw.	22088
153	prospective studies/	163489
154	exp case control studies/	283765
155	correlational studies/	0
156	nonconcurrent prospective studies/	0
157	(cohort adj (study or studies)).tw.	29839
158	(observational adj (study or studies)).tw.	15055
159	randomized controlled trial.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	158739
160	experimental studies without randomization.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	0
161	cohort studies.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	72611
162	case-control studies.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	86559
163	cross-sectional.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	88434
164	(before- and after studies).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	156
165	correlational studies.mp. [mp=title, original title, abstract, name of sub-	102



	stance word, subject heading word]	
166	quasi-experimental studies.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	95
167	cluster-randomization.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	80
168	intervention studies.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	5273
169	meta-analysis.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	25711
170	systematic reviews.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	2822
171	qualitative research.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word]	7476
172	91 or 92 or 93 or 94 or 95 or 96 or 97 or 98 or 99 or 100 or 101 or 102 or 103 or 104 or 105 or 106 or 107 or 108 or 109 or 110 or 111 or 112 or 113 or 114 or 115 or 116 or 117 or 118 or 119 or 120 or 121 or 122 or 123 or 124 or 125 or 126 or 127 or 128 or 129 or 130 or 131 or 132 or 133 or 134 or 135 or 136 or 137 or 138 or 139 or 140 or 141 or 142 or 143 or 144 or 145 or 146 or 147 or 148 or 149 or 150 or 151 or 152 or 153 or 154 or 155 or 156 or 157 or 158 or 159 or 160 or 161 or 162 or 163 or 164 or 165 or 166 or 167 or 168 or 169 or 170 or 171	1920084
173	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50	335620
174	76 and 90 and 172 and 173	1158
175	limit 174 to yr="2000 - 2004"	461

#### Liite 4. Tiedonkeruulomake

##### TIEDONKERUULOMAKE

versio 10/ 18.12.08

Hyvät yhteistyökäytännöt ja toimintatavat lapsiperheiden terveyden edistämiseksi

##### 1. PERUSTIEDOT

- 1.1 Juokseva numero (mukaan hyväksytty artik) \_\_\_\_\_  
 1.2 Arvioinnin päivämäärä \_\_\_\_\_  
 1.3 Arvioitsija \_\_\_\_\_  
 1.4 Tekijä(t) \_\_\_\_\_  
 1.5 Julkaisuvuosi \_\_\_\_\_

##### 2. SISÄÄNOTTOKRITEEREIDEN TARKISTUS

###### Tutkimusasetelma

- ☐ meta-analyysi  
☐ systemaattinen kirjallisuuskatsaus  
☐ kokeellinen tutkimus  
☐ randomoitu koe-kontrolliasetelma  
☐ ei randomoitu koe-kontrolliasetelma  
☐ kvasikokeellinen tutkimus  
☐ muu kokeellinen tutkimus \_\_\_\_\_  
☐ kohorttitutkimus  
☐ interventiotutkimus  
☐ laadullinen tutkimus  
☐ fenomenologinen  
☐ hermeneuttinen  
☐ tapaustutkimus  
☐ narratiivinen tutkimus  
☐ grounded teoria  
☐ kriittinen teoria  
☐ muu laadullinen tutkimus \_\_\_\_\_  
☐ ei tietoa/ vaikea arvioida  
☐ muu tutkimusasetelma \_\_\_\_\_  
☐ ei mikään edellisistä

- ☐ poikkileikkaustutkimus  
☐ seurantatutkimus  
☐ retrospektiivinen tutkimus  
☐ prospektiivinen tutkimus

###### Intervention kohderyhmä

- ☐ 0-8 –vuotias lapsi  
☐ 0-8 –vuotiaan lapsen perhe tai vanhempi  
☐ työntekijä/työntekijäryhmä tai moniammatillinen tiimi, joka työskentelee 0-8 vuotiaiden lasten tai lasten perheiden/ vanhemman kanssa  
☐ Organisaatio tai palvelujärjestelmä joka tuottaa 0-8 –vuotiaalle lapsille tai lasten perheille/ vanhemmille palveluita  
☐ ei mikään edellisistä

### Interventio

☐ menetelmä, hyvä käytäntö tai toimintatapa ☐ ohjelma ☐ ohjeistus, suositus

☐ asetus/säädös ☐ ei kuvattu

### Yhteistyö

☐ intervention tavoitteena edistää yhteistyötä

☐ asiakkaan ja työntekijän tai moniammatillisen tiimin välillä

☐ työntekijöiden ja/ tai moniammatillisen tiimin välillä

☐ palvelujärjestelmän toimintaprosesseissa

☐ interventio sisältää yhteistyötä tai yhteistyön kuvausta

☐ asiakkaan ja työntekijän tai moniammatillisen tiimin välillä

☐ työntekijöiden ja/ tai moniammatillisen tiimin välillä

☐ palvelujärjestelmän toimintaprosesseissa

☐ intervention tulomuuttujana yhteistyö

☐ asiakkaan ja työntekijän tai moniammatillisen tiimin välillä

☐ työntekijöiden ja/ tai moniammatillisen tiimin välillä

☐ palvelujärjestelmän toimintaprosesseissa

☐ ei kuvattu/ vaikea arvioida

Yhteistyöstä käytetyt käsitteet (esim. collaboration, co-operation, teamwork, partnership) \_\_\_\_\_

**Lähde tieteellinen julkaisu (refereelehti, väitöskirja tmv.)**

☐ on ☐ ei ole

☐ vaikea arvioida

**Kulttuurinen relevanssi**

☐ on

☐ ei ole

☐ vaikea arvioida

### 3. TUTKIMUKSEN OMINAISUUDET

#### Tutkimuksen tarkoitus:

---



---



---

#### Tutkimuksen kohderyhmä

☐ Lapsi  
N \_\_\_\_\_ ikä: \_\_\_\_\_  
interventioryhmä A(n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä B(n) \_\_\_\_\_  
interventioryhmä C (n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä D(n) \_\_\_\_\_  
☐ ei raportoida  
☐ muu ryhmäjako tai erityispiirre koe-kontrolliasetelmassa (esim. interven-  
tioryhmä toimii omana verrokkina)(n)

☐ Perhe  
N \_\_\_\_\_  
interventioryhmä A(n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä B(n) \_\_\_\_\_  
interventioryhmä C (n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä D(n) \_\_\_\_\_  
☐ ei raportoida  
☐ muu ryhmäjako tai erityispiirre koe-kontrolliaseteömassa (esim. interven-  
tioryhmä toimii omana verrokkina)(n)

☐ Vanhempi  
N \_\_\_\_\_ ☐ äiti n \_\_\_\_\_ ☐ isä n \_\_\_\_\_  
interventioryhmä A(n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä B(n) \_\_\_\_\_  
interventioryhmä C (n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä D(n) \_\_\_\_\_  
☐ ei raportoida  
☐ muu ryhmäjako tai erityispiirre koe-kontrolliaseteömassa (esim. interven-  
tioryhmä toimii omana verrokkina)(n)

☐ Työntekijä/työntekijäryhmä tai moniammatillinen tiimi, joka työskentelee 0-8 vuotiaiden  
lasten tai lasten perheiden/ vanhemman kanssa  
N \_\_\_\_\_  
interventioryhmä A(n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä B(n) \_\_\_\_\_  
interventioryhmä C (n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä D(n) \_\_\_\_\_  
☐ ei raportoida  
☐ muu ryhmäjako tai erityispiirre koe-kontrolliaseteömassa (esim. interven-  
tioryhmä toimii omana verrokkina)(n)

☐ Organisaatio tai palvelujärjestelmä joka tuottaa 0-8 –vuotiaille lapsille tai lasten perheille/  
vanhemmille palveluita  
N \_\_\_\_\_  
interventioryhmä A(n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä B(n) \_\_\_\_\_  
interventioryhmä C (n) \_\_\_\_\_ kontrolliryhmä D(n) \_\_\_\_\_  
☐ ei raportoida  
☐ muu ryhmäjako tai erityispiirre koe-kontrolliaseteömassa (esim. interven-  
tioryhmä toimii omana verrokkina)(n)

☐ Muu

**Katoanalyysi tehty**

☐ kyllä

☐ ei

**Kato**

**Tietolähde**

- ☐ lapsi ikä: \_\_\_\_\_
- ☐ vanhempi ☐ äiti ☐ isä
- ☐ perhe
- ☐ työntekijä kuka/ketkä: \_\_\_\_\_
- ☐ työntekijäryhmä/moniammatillinen tiimi yhdessä
- ☐ palveluprosessista vastaava henkilö
- ☐ viralliset asiakirja-aineisto (esim. potilasasiakirjat, tilastot, rekisterit)
- ☐ muut asiakirja-aineistot (esim. seurantaraportit)
- ☐ muu kirjallinen materiaali (esim. tutkimuspäiväkirja, henkilökohtainen päiväkirja, lehtiartikkelit, narratiivit)
- ☐ muu \_\_\_\_\_ ☐ ei tietoa

**Tiedonkeruumenetelmä**

- ☐ kysely ☐ haastattelu ☐ testi (esim. tietotesti, psykol.testi)
- ☐ havainnointi ☐ sisällön analyysi ☐ muu \_\_\_\_\_ ☐ ei tietoa

**Mittarit**

**Keskeiset tulosmuuttujat**

\* raportoitu luottamusväli, ES

**Seuranta-aika ja ajankohdat**

☐ ei tietoa

**Tiedonkeruuvuosi** \_\_\_\_\_

**Maa** \_\_\_\_\_

**Tieteenala**

- ☐ hoitotiede ☐ lääketiede ☐ psykologia ☐ sosiologia
- ☐ sosiaalityö ☐ kasvatustiede ☐ terveyshallintotiede
- ☐ muu \_\_\_\_\_ ☐ vaikea arvioida

**Tutkimuksen laatu**

- ☐ hyvä ☐ keskitaso ☐ heikko

**Näytön aste**

- ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

#### 4. INTERVENTION OMINAISUUDET

Menetelmän, hyvän käytännön, ohjelman, ohjeistuksen tai säädöksen nimi: \_\_\_\_\_

##### Intervention kohderyhmä ja piirre

☐ Lapsi

- ☐ Tukeminen, ohjaaminen tai terveyden edistäminen ilman erityistä tuen tarvetta
- ☐ Kehitykseen liittyvä ongelma
- ☐ Terveyteen liittyvä ongelma
- ☐ Oppimiseen tai koulunkäyntiin liittyvä ongelma
- ☐ Käyttäytymiseen liittyvä ongelma
- ☐ Moniongelmaisuus
- ☐ Lastensuojeluasiakkuus/huostaanotto ( esim. lapsen laiminlyönti, kaltoin-kohtelu, ala-ikäisen lapsen rikollisuus)
- ☐ Sijoitus/adoptiolapsi
- ☐ Etninen tausta tai -vähemmistö
- ☐ Muu \_\_\_\_\_ ☐ Ei tietoa

☐ Perhe tai vanhempi

- ☐ Tukeminen, ohjaaminen tai terveyden edistäminen ilman erityistä tuen tarvetta
- ☐ Terveyteen liittyvä ongelma
- ☐ Avo- tai avioierotilanne
- ☐ Uusi elämäntilanne (esim. lapsen syntymä)
- ☐ Uupumus tai masennus
- ☐ Väkipalja
- ☐ Köyhyys
- ☐ Päihteiden käyttö
- ☐ Rikollisuus
- ☐ Moniongelmaisuus
- ☐ Lastensuojeluasiakkuus/huostaanotto ( esim. lapsen laiminlyönti, kaltoin-kohtelu, ala-ikäisen lapsen rikollisuus)
- ☐ Sijoitus/adoptiolapsiperhe tai -vanhemmuus
- ☐ Keskoslapsen vanhemmuus
- ☐ Teiniraskaus tai -vanhemmuus
- ☐ Etninen tausta tai -vähemmistö
- ☐ Muu \_\_\_\_\_ ☐ Ei tietoa

☐ Yhteisö tai asuinalue

- ☐ Tukeminen ja hyvinvoinnin edistäminen, ilman erityistä tuen tarvetta
- ☐ Runsaat koulupoissaolot
- ☐ Käyttäytymisongelmat
- ☐ Sijainti ongelma-alueella, ongelma \_\_\_\_\_
- ☐ Etninen tausta tai vähemmistö

- ☐ Rikollisuus
- ☐ Köyhyys
- ☐ Moniongelmaisuus, ongelma \_\_\_\_\_
- ☐ Muu \_\_\_\_\_ ☐ Ei tietoa
- ☐ Työntekijä tai työyhteisö
  - ☐ Tukeminen tai terveyden edistäminen, ilman erityistä tuen tarvetta
  - ☐ Moniammatillinen tiimi- tai verkosto
  - ☐ Asiakas-, perhelähtöisyys, varhainen puuttuminen tai muu toimintaa ohjaava
  - ☐ Työn tai toimintaprosessin kehittämishanke tai vastaava
  - ☐ Muu \_\_\_\_\_ ☐ Ei tietoa
- ☐ Järjestelmä tai toimintaprosessi
  - ☐ Yhteistyötä, moniammatillisuutta tai vastaavaa korostavan ohjeen, asetuksen tai säädöksen arviointi tai soveltamisen tai tuloksen seuranta
  - ☐ Toimintaprosessin tai palvelujärjestelmän kehittämishanke tai vastaava
  - ☐ Monialainen toiminta tai kansainvälinen/kansallinen/alueellinen yhteistyöverkosto
  - ☐ Positiiviseen diskriminaatioon ("enemmän tarvitseville, vähemmän ei tarvitseville") liittyvä arviointi tai toiminnan soveltaminen
  - ☐ Muu \_\_\_\_\_ ☐ Ei tietoa

**Intervention tarkoitus ja tavoite**

Lapseen kohdistuva

- ☐ fyysisen terveyden tukeminen
- ☐ psykososiaalisen kehityksen ja terveyden tukeminen
- ☐ käyttäytymisen tukeminen tai käyttäytymisongelmien väheneminen
- ☐ oppimisen tukeminen tai oppimiseen liittyvien ongelmien väheneminen
- ☐ tunne-elämän tukeminen
- ☐ sosiaalisten suhteiden vahvistaminen
- ☐ lapsen perhetilanteen edistäminen
- ☐ lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen tukeminen
- ☐ lapsen hoidon ja kasvatuksen tukeminen
- ☐ siirtymävaiheen tukeminen
- ☐ muu \_\_\_\_\_

Vanhempaan/vanhempiin tai perheeseen kohdistuva

- ☐ voimaantumisen tai osallisuuden tukeminen
- ☐ jaksamisen tukeminen
- ☐ siirtymävaiheen tukeminen (esim. ensimmäisen lapsen syntymä)
- ☐ tiedot vanhemmuuteen liittyen
- ☐ taidot vanhemmuuteen liittyen
- ☐ tunteet vanhemmuuteen liittyen
- ☐ tiedot lapseen liittyen
- ☐ taidot lapseen liittyen

- ☐ tunteet lapseen liittyen
- ☐ sosiaalisen verkoston tukeminen
- ☐ arkipäivän askareista selviytymisen tukeminen
- ☐ päihde- tai mielenterveysongelmien väheneminen
- ☐ perheväkivallan ehkäiseminen
- ☐ lapsen laiminlyönnin tai kaltoinkohtelun ehkäiseminen
- ☐ moniongelmaisuuksien väheneminen
- ☐ rikollisuuden ehkäiseminen
- ☐ uusien teiniraskauksien ehkäiseminen
- ☐ adoptio/sijaisvanhemmuuden/ -perheen tukeminen
- ☐ koulun ja kodin välisen yhteistyön paraneminen
- ☐ työntekijän tai organisaation ja perheen tai vanhempien välisen yhteistyön paraneminen
- ☐ erityisvalmiuksien edistäminen (esim. sijoituslapsen vastaanottaminen, erityistä tukea tarvitsevan lapsen kasvattaminen)
- ☐ muu \_\_\_\_\_

Yhteisöön (esim. aisuin, työ- tai kouluyhteisö) kohdistuva

- ☐ yleisen hyvinvoinnin edistäminen
- ☐ yhteisöllisyyden kehittäminen
  - ☐ toimintakulttuurin muuttaminen
  - ☐ toimintakulttuurin muuttaminen
  - ☐ sosiaalisuuden edistäminen
  - ☐ yhteistyön paraneminen
  - ☐ konkreettisten toimintatapojen kehittäminen (esim. yhteneväinen tietojärjestelmä)
- ☐ ulkoisten toimintapuitteiden kehittäminen
- ☐ ongelmien väheneminen
- ☐ muu \_\_\_\_\_

Työntekijään tai työntekijäryhmään kohdistuva

- ☐ yleisen hyvinvoinnin edistäminen
- ☐ kehittäminen
  - ☐ osaamisen kehittäminen
  - ☐ asenteiden kehittäminen
  - ☐ työskentelyprosessin kehittäminen
  - ☐ yhteistyötaitojen tai moniammatillisessa yhteisössä toimimisen arviointi tai kehittäminen
- ☐ ongelmien väheneminen
- ☐ muu \_\_\_\_\_

Järjestelmään tai toimintaprosessiin kohdistuva

- ☐ palvelun arvioiminen ja kehittäminen
- ☐ prosessien arvioiminen ja kehittäminen



muu \_\_\_\_\_

### Toiminnan konteksti

- ☐ koti                      ☐ päiväkotiki tai vastaava                      ☐ koulu tai vastaava  
☐ ennaltaehkääsevän avohoidon yksikkö (neuvola, kouluth. tmv.)  
☐ muu avohoidon yksikkö (poliklinikka, terveysas. tmv.)  
☐ laitoshoidon yksikkö (sairaala, kuntoutusyksikkö tmv.)  
☐ avohoidon- ja laitoshoidon välimuoto (päiväsairaala, turvakoti tmv.)  
☐ kerhohuone tmv.                      ☐ sosiaalikeskus tai vast.                      ☐ opetustoimi tmv.  
☐ terveystoimi tmv.                      ☐ sosiaalitoimi tai vast.                      ☐ verkosto  
☐ palvelujärjestelmä                      ☐ vertaisryhmä                      ☐ virtuaaliympäristö  
☐ muu \_\_\_\_\_                      ☐ ei kuvattu/vaikea arvioida

Intervention/ohjelman/toimintatavan sisältö

---



---



---

### Intervention taustateoria tai vastaava

- ☐ Voimaantumisen                      ☐ Varhainen puuttuminen (Early intervention, EI)  
☐ Perhekeskeisyys                      ☐ Kognitiivis- behavioristinen lt.  
☐ Konstruktiiivinen lt.                      ☐ Systeemiteoreettinen lt.                      ☐ Narratiivinen lt.  
☐ Muu \_\_\_\_\_                      ☐ Ei kuvattu/vaikea arvioida

### Intervention sisältämät työmenetelmät (joilla pyritään tavoitteeseen) ja lyhyt kuvaus

- ☐ Asiantuntijakonsultaatio \_\_\_\_\_  
☐ Henkilökohtainen palveluohjaaja \_\_\_\_\_  
☐ Hoito, kuntoutus, terapia \_\_\_\_\_  
☐ Itsearviointi tai –dokumentointi \_\_\_\_\_  
☐ Kirjallinen materiaali \_\_\_\_\_  
☐ Koulutus, ohjaus, neuvonta \_\_\_\_\_  
☐ Kotikäynti \_\_\_\_\_  
☐ Kotitehtävät (esim. opettajan antama lapselle ja vanhemmille yhteisesti suoritettavaksi tarkoitettu kotitehtävä tai asiantuntijakonsultaation tai ryhmätapaamisen välillä suoritettava kotona tapahtuva itseopiskelu tai harjoittelu) \_\_\_\_\_  
☐ Lastenhoito/kotiapu \_\_\_\_\_  
☐ Moniammatillinen tiimi/verkosto \_\_\_\_\_  
☐ Muutos henkilökuntarakenteessa tai määrässä \_\_\_\_\_  
☐ Muutos järjestelmän tai organisaation rakenteissa \_\_\_\_\_  
☐ Muutos tiedonhallinnassa (esim. tietojärjestelmien kehittäminen) \_\_\_\_\_  
☐ Muutos työmenetelmässä tai prosessissa \_\_\_\_\_  
☐ Osallistuminen organisaation tai järjestelmän arviointiin, kehittämiseen tai toimintaan (esim. koulu- tai muussa lähiyhteisössä, alueellisen tai paikallisen tason päätöksentekokielimissä) \_\_\_\_\_  
☐ Palvelut samassa tilassa \_\_\_\_\_

- ☐ Tihennetty tai saannönmukainen hoito tai seuranta \_\_\_\_\_
- ☐ Vanhempi-, lapsi- tai muu ryhmätapaaminen tai toiminta \_\_\_\_\_
- ☐ Vertaistuki \_\_\_\_\_
- ☐ Videoavusteinen havainnointi \_\_\_\_\_
- ☐ ”Yhden oven” periaate tai yhteneväinen hoitoonohjaus \_\_\_\_\_
- ☐ Yhteiset lomakkeet tai toimintamallit \_\_\_\_\_
- ☐ Yksilöllinen hoito- tai palvelusuunnitelma \_\_\_\_\_
- ☐ Muu \_\_\_\_\_
- ☐ Ei kuvattu

#### Intervention osallistujat

- |   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lapsi  | <input type="checkbox"/> Perhe |  |
| <input type="checkbox"/> Vanhempi   | <input type="checkbox"/> Isä   | <input type="checkbox"/> Äiti                              |
| <input type="checkbox"/> Terveyden/sairaanhoitaja/kätilö tmv.                   |                                | <input type="checkbox"/> Fys./toiminta/puheterapeutti tmv. |
| <input type="checkbox"/> Psykiatri/lääkäri tv.                                  |                                | <input type="checkbox"/> Opettaja tmv.                     |
| <input type="checkbox"/> Koulukuraattori/oppilaanohjaaja tmv.                   |                                | <input type="checkbox"/> Psykologi tmv.                    |
| <input type="checkbox"/> Sosiaalityöntekijä tmv.                                |                                | <input type="checkbox"/> Kouluvuostaja tmv.                |
| <input type="checkbox"/> Ei ammattilainen (esim. lyhyen kurssin käynyt henkilö) |                                |  |
| <input type="checkbox"/> Vertaistukihenkilö                                     |                                | <input type="checkbox"/> Vapaaehtoistyöntekijä tmv.        |
| <input type="checkbox"/> Muu _____  |                                | <input type="checkbox"/> Ei tietoa                         |

#### Intervention tuottajataho

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valtio                                      | <input type="checkbox"/> Kunta tai vastaava        |
| <input type="checkbox"/> Kolmas sektori (esim. seurakunta, järjestö) | <input type="checkbox"/> Yksityinen tuottaja       |
| <input type="checkbox"/> Muu _____                                   | <input type="checkbox"/> Ei tietoa/vaikea arvioida |

Intervention kesto \_\_\_\_\_ ☐ Ei tietoa

#### Intervention keskeinen tulos tai vaikuttavuus

##### Muutos lapsessa

- ☐ Ei mitattu
- ☐ Ei muutosta
- ☐ Muutos havaittu
- ☐ fyysiseen terveyteen liittyvä
- ☐ psykososiaalisen kehityksen tukeminen
- ☐ käyttäytymisen tuk. tai -ong. väh.
- ☐ oppimisen tukeminen tai -ong. väh.
- ☐ tunne-elämän tukeminen
- ☐ sos. suhteiden vahvistuminen
- ☐ lapsen perhetilanteen edistäminen
- ☐ lapsen ja vanhemman vv. edistäminen

☐ lapsen hoidon ja kasvatuksen tuk.

☐ siirtymävaiheen tukeminen

☐ Muu \_\_\_\_\_

Muutos ☐ myönteinen ☐ ei vaikutusta ☐ kielteinen ☐ ristiriitainen

#### Muutos **perheessä tai vanhemmassa/vanhemmissa**

☐ Ei mitattu

☐ Ei muutosta

☐ Muutos havaittu

☐ voimaantumisen taito tai osallisuuden tukeminen

☐ jaksamisen tukeminen

☐ siirtymävaiheen tukeminen

☐ tiedot vanhemmuuteen liittyen

☐ taidot vanhemmuuteen liittyen

☐ tunteet vanhemmuuteen liittyen

☐ tiedot lapseen liittyen

☐ taidot lapseen liittyen

☐ tunteet lapseen liittyen

☐ sosiaalisen verkoston tukeminen

☐ arkipäivän askareista selviytym.

☐ päihde- tai mielenterveysong. väh.

☐ perheväkivallan ehkäiseminen

☐ lapsen laiminl. tai kaltoink. ehk.

☐ moniongelmaisuuksien väh.

☐ rikollisuuden ehkäiseminen

☐ uusien teiniraskauksien ehk.

☐ adoptio/sijaisvanh. tai -perh. tukem.

☐ koulun ja kodin välisen yt. paran.

☐ työntekijän tai organisaation ja perheen/ vanhempien välisen yt. kehittyminen

☐ erityisvalmiuksien edistäminen

☐ muu \_\_\_\_\_

Muutos ☐ myönteinen ☐ ei vaikutusta ☐ kielteinen ☐ ristiriitainen

#### Muutos **yhteisössä**

☐ Ei mitattu

☐ Ei muutosta

☐ Muutos havaittu

- ☐ yleisen hyvinvoinnin edistäminen
- ☐ yhteisöllisyyden kehittäminen
- ☐ toimintakulttuurin muuttaminen
- ☐ sosiaalisuuden edistäminen
- ☐ yhteistyön paraneminen
- ☐ konkreettisten toimintatapojen kehit.
- ☐ ulkoisten toimintapuit. kehit.
- ☐ ongelmien väheneminen
- ☐ muu \_\_\_\_\_

Muutos ☐ myönteinen ☐ ei vaikutusta ☐ kielteinen ☐ ristiriitainen

**Muutos työntekijässä**

- ☐ Ei mitattu
- ☐ Ei muutosta
- ☐ Muutos havaittu

- ☐ yleisen hyvinvoinnin edistäminen
- ☐ toiminnan kehittäminen
- ☐ osaamisen kehittäminen
- ☐ asenteiden kehittäminen
- ☐ työskentelyprosessin kehittäminen
- ☐ yhteistyötaitojen tai moniammatil. yt. toimimisen arviointi tai kehittäminen
- ☐ ongelmien väheneminen
- ☐ muu \_\_\_\_\_

Muutos ☐ myönteinen ☐ ei vaikutusta ☐ kielteinen ☐ ristiriitainen

**Muutos järjestelmässä tai prosessissa**

- ☐ Ei mitattu
- ☐ Ei muutosta
- ☐ Muutos havaittu

- ☐ palvelun arvioiminen ja kehittäminen
- ☐ prosessien arvioiminen ja kehittäminen
- ☐ muu \_\_\_\_\_

Muutos ☐ myönteinen ☐ ei vaikutusta ☐ kielteinen ☐ ristiriitainen

**Muu tutkimustulos**

---

---

## Liite 5. Lapsen tai vanhempaan kohdistuvat interventiot

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>1</b> Agosta ym. (1)  USA  2004	Sosiaalinen kertomus - menetelmän yhteys käyttä- tymisen muut- tumiseen.  Tutkijan ja opet- tajan välinen yhteistyö.	Tapaustutkimus. Havain- nointi ja sisällön analyysi. Ei standardoitu mittari.  Osallistujat: 6-v lapsi, opet- tajat, tutkija  Seuranta-aika 36 vrk (inter- vention kesto 20 vrk )	Sosiaaliset kertomukset ovat lyhyitä kerto- muksia, jotka kuvaavat tiettyä sosiaalista tapahtumaa ja tilanteeseen sopivaa käyttäy- tymistä. Tarkoituksena on auttaa lapsia ymmärtämään hyväksyttävää käyttäytymistä yksilön näkökulmasta. Menetelmää on käy- tetty mm. autistisilla lapsilla. Työmenetelmä- nä on ohjaus, joka tapahtuu kertomuksen kautta. Lisäksi menetelmässä käytetään verbaalista ja aineellista palkitsemista. Inter- vention aikana menetelmää ja palkitsemista käytettiin ensin enemmän ja vähennettiin intervention kuluessa. Intervention lopussa käytettiin ainoastaan verbaalista ohjausta.	Lapsen käyttäytymi- nen (huuta- minen), opettajan ja tutkijan kokemus yhteistyöstä	Lapsen käyttäytymi- nen parani interven- tion aikana lähtöti- lanteeseen verrattu- na ja käyttäytyminen oli intervention loputtua parempaa kuin ennen interven- tiota.  Opettajan ja tutkijan yhteistyö oli hyvää tutkimuksen aikana.	Heikko  Yhteistyötä kuvataan opettajan ja tutkijan välillä
<b>2</b> Ander- son ym. (3)  USA  2004	DawnProject- hoitomallin läpikäyneen lapsen ja per- heen kokemus- ten kuvaus.	Laadullinen tutkimus. Haas- tattelu ja sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Narra- tiiviset kertomukset (n=3).  Osallistujat: lapset ja heidän perheensä (n=3), lasten opettajia, hoitajia ja hoidon koordinoijia.  Poikkileikkaustutkimus	DawnProject-hoitomalli on tarkoitettu henki- sesti ja käyttäytymiseltään erityistä tukea vaativien 5–17-vuotiaiden lasten ja heidän perheidensä hoitamiseen. Lapsi ja perhe saavat oman palvelukoordinaattorin, jonka tehtävänä on järjestää perheen tarpeita vastaavia palveluja ja tukea eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Lapsi ja perhe ovat mu- kana kaikissa päätöksenteon vaiheissa. Myös mallin piiriin ohjanneen tahon lapselle ja perheelle asetettavat tavoitteet huomioi- daan. Lapsi ja perhe muodostavat hoitotiimin ytimen ja heidän lisäksi tiimissä on mu- kana palvelukoordinaattori ja muita perhettä hoitavia tai tukevia tahoja.	Lasten ja vanhempien kokemukset	Perheen kuulemi- nen, tiivis yhteistyö perheen kanssa ja kumppanuus.  Kaikkien osapuolten pyrkimys saavuttaa asetetut tavoitteet.  Pyrkimys lapsen selviämiseen koto- na, koulussa ja normaalissa ympä- ristössä.	Hyvä  Moniamma- tillisen tiimin ja perheen välinen yhteistyö + yhteistyö palvelujär- jestelmän tasolla

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
3. Axberg, ym. (6)  Ruotsi  2006	Koulussa ilme- nevien käyttä- tymisongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen liittyvän yhteis- työmallin (Mar- teMeo) kehittä- minen ja arvioin- ti.	Ei randomoitu koe- kontrolliasetelma. Havain- nointi, kysely. Mittarit: CBCL, ASEBA, CPRS, CTRS. Osallistujat: 4–12-v lapset N = 50 (koeryhmä n= 34, kontrolliryhmä 16), joilla opettajan arvion mukaan oli koulussa ilmeneviä käyttä- tymisongelmia, sekä heidän vanhempansa ja opettajan- sa. Ei keskeyttäneitä. Mittaus intervention alussa ja n. 2 v intervention jälkeen.	Opettajille suunnattu koulutus lapsen ja opettajan välisestä vuorovaikutuksesta. Opettajan ja lapsen välisen vuorovaikutuk- sen videotointi ja sen analysointi terapeutin johdolla. Terapeutti myös ohjasi opettajaa käyttämään lapsen käyttäytymistä tukevia vuorovaikutusmenetelmiä. Opettajan, van- hempien, erityisopettajan ja muiden lapsen kannalta keskeisten toimijoiden säännölliset kokoontumiset. Kokoontumisten tavoitteena oli liittää koti mukaan koulussa tapahtuvaan interventioon, yhdistää koulun ja mahdolli- sesti kodin interventioita toisiinsa ja kuulla vanhempien ja opettajien näkökulmia.	Lapsen käyttäyty- misongelmat (mm. yliviik- kaus, käy- töshäiriöt)	Interventioon osallis- tuneiden lasten käytösongelmat vähenivät merkitse- västi koulussa ja kotona. Kontrolli- ryhmässä ongelmal- linen käyttäytyminen ei muuttunut alkuti- lanteeseen verrattu- na.	Keskitaso  Moniamma- tillisen työ- ryhmän ja perheen välinen yhteistyö
4. Boot & Mcdo- nald (10)  Iso- Britan- nia/ Wales  2006	Käyttäytymistä tukevan ohjel- man ja vanhem- pi-lapsi -ryhmän (Sure Start) arviointi	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Kysely, haastattelu, testi ja sisällön analyysi asiakirja- aineistosta. Mittarit: Rutter Parent Scale for Preschool Children, CBCL, BDI, PDH, lisäksi ei standardoituja mittareita. Osallistujat: alle 4-v lapset (n=58), joilla oli käyttäytymisongelmia ja heidän vanhempansa. Kes- keyttäneiden määrää tai katoanalyysia ei raportoitu. Seuranta-aika vanhempi- lapsi -ryhmässä n. 1 v.	Käyttäytymistä tukeva ohjelma: tarkoitettu perheille, joissa vanhemmat kokevat alle 4- vuotiaan lapsensa käyttäytymisen hallinnas- sa ongelmia. Moniammatillinen tiimi (mm. terveydenhoitaja, lapsen kehityksen asian- tuntijoita, psykologi) työskentelee perheen kotona. Tiimin jäsenet opettavat ja rohkaise- vat vanhempia käyttämään tekniikoita, joilla voi hallita lapsen hankalaa käytöstä.  Vanhempi-lapsi -ryhmä kokoontui 2x/ vko, leikkiryhmä 3x/ vko. Ryhmiin oli vapaa pää- sy. Ryhmissä toimi moniammatillinen tiimi (mm. projektityöntekijä, perhetyöntekijöitä ja lasten ohjaajia). Ryhmien toiminnan sisältöä ei raportoitu.	Ohjelmassa käytettyjen mittareiden arviointi, lapsen kehitty- misen, van- hempien tilanteen ja palveluun liittyvän kokemuksen arviointi	Ohjelmissa käytetyt arviointimenetelmät eivät olleet kattavia ja kaikilta osin luo- tettavia.  Lapset kehittyivät ohjelmien aikana ja vanhemmat olivat tyytyväisiä toimin- taan.	Heikko  Moniamma- tillisen tiimin välinen ja tiimin/työn- tekijän ja asiakkaan välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
5. Brook- man- Frazee (11)  USA  2004	Perhekeskeisen ja työntekijälähtöisen opetusmenetelmän vaikutukset lapsiin ja vanhempiin.	Ei randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Havainnointi (ei standardoituja mittareita).  Osallistujat: autistiset lapset (N = 3) ja heidän äitinsä. Osallistujat toimivat omina verrokkeinaan. Opetusmenetelmät vaihtelivat eri opetuskerroilla (opetuskertoja yhteensä 12/ lapsi). Ei keskeyttäneitä.	Opetusmenetelmän tavoitteena oli vanhempien voimavaraistuminen autistisen lapsen kasvun ja kehityksen tukemisessa. Menetelmässä vanhemmille opetettiin tapoja reagoida ja tukea lapsen motivaatiota ja virikkeitä normaalissa päivittäisessä elämässä. Opetusmenetelmää toteutettiin joko perhekeskeisesti tai työntekijälähtöisesti.  Ennaltaehkäisevä lähestymistapa.	Opetusmenetelmien vaikutus vanhemman kokemaan stressiin, itseluottamukseen, vaikutus lapseen	Perhekeskeisessä tilanteessa vanhemmilla oli vähemmän havaittua stressiä ja enemmän itseluottamusta kuin työntekijäkeskeisessä lähestymistavassa. Myös lapsen käyttäytymisessä oli enemmän positiivisia piirteitä.	Keskitaso  Vanhempien ja työntekijän välinen yhteistyö
6. Bruzze- se ym. (12)  USA  2006	Koulussa toimivan, astman ennaltaehkäisyyn pyrkivän yhteistyöverkoston vaikuttavuuden arviointi.	Randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Kysely ja sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Mittarit: PACQLQ, lisäksi ei-standardoituja mittareita. Osallistujat: Lapset (N = 591) joilla aikaisemmin diagnosoitu astma (koeryhmä n=307, kontrolliryhmä n=284), heidän vanhempansa sekä työntekijät. Keskeyttäneiden määrä 12 kk seurannassa n=119 (20%), 24 kk seurannassa 223 (38%), katoanalyysi tehty. Seuranta-aika 2 v (mittaukset 12 kk ja 24 kk)	Interventiokouluihin perustettiin yhteistyöverkosto (kouluhoitaja, lääkäri, hoitoapulainen, opettaja tai rehtori, vanhempi), jonka tavoitteena oli astman ja siihen liittyvien komplikaatioiden ennaltaehkäisy. Verkosto osallistui kolmen päivän astmaan liittyvään koulutukseen. Interventiokoulujen opettajat osallistuivat myös 45 min astmakoulutukseen. Lääkäreille toteutettiin lisäksi astmaan liittyvää lisäkoulutusta. Yhteistyöverkosto oli yhteydessä astmaa sairastavien lasten vanhempiin ja tuki vanhempia astman dg, hoitoon ja seurantaan liittyvissä asioissa. Lisäksi kouluhoitaja tuki opettajia astmaan liittyvissä kysymyksissä. Kouluhoitajan tehtävänä oli myös koordinoida verkoston toimintaa.	Lapsen päiväaikaisen astma-kohtausten frekvenssi, yöheräily, toimintarajoitteisten päivien määrä viimeksi kuluneen 2 vko:n ja 6 kk:n aikana, sekä vanhempien elämänlaatu	Intervention aikana ilmeni uusia astmatapauksia. Astmaan liittyvien asioiden hoitamiseen käytetty aika lisääntyi kontrollikouluun verrattuna. Lääkäreiden määräämien astmalääkitysten määrä ei lisääntynyt. Lääkäreiden osallistuminen interventioon oli heikkoa. Interventiolle ei ollut merkittävää vaikutusta lasten hyvinvointiin tai vanhempien elämänlaatuun.	Keskitaso  Moniammatillisen tiimin välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
7. Caldera ym. (13)  USA  2007	Vapaaehtoisten, ei ammattihenkilöiden toteuttamien kotikäyntien vaikutus lasten terveyden edistämiseen, äidin vanhemmuuteen, asenteisiin ja käyttäytymiseen.	Randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Haastattelu, sisällön analyysi asiakirja-aineistoista, havainnointi, testi. Mittarit: CES-D, MHI-5, CTS2, FSC, BSID, CBCL, NCAST, KIDI, AAPI, ICI, MSES, Guidubaldi Parent Satisfaction Scale, CTS-PC, HOME, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: perheitä N = 325 (koeryhmä n=162, kontrolliryhmä n=163) ja työntekijöitä. Seuranta 8–16 kk (alkumittaus lapsen ollessa 8–16 kk, seuranta lapsen ollessa 2-v).	Healthy Family Alaska (HFAK) ohjelman tavoitteena oli vähentää lapsiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua vahvistamalla vanhemmuutta, lapsen terveyttä ja kehittymistä. Ohjelmaan osallistuville perheille tarjottiin vapaaehtoisten, ei ammattihenkilöiden toteuttamia pitkäaikaisia (3–5 v) kotikäyntejä.	Terveyspalveluiden käyttö, kehitys ja käyttäytymisen. Vanhemman tieto lapsen kehityksestä, asenne vanhemmuuteen, lapsen ja vanhemman välinen suhde, kodin ilmapiiri	Ei merkittävää vaikutusta lapsen terveyteen, mutta vaikutti positiivisesti lapsen käyttäytymiseen ja kehitykseen. Ohjelmalla oli myönteisiä vaikutuksia myös vanhempien itseluottamukseen ja kodin ilmapiiriin.	Hvvä  Interventio sisältää yhteistyötä
8. Cameron ym. (14)  Canada  2000	Vastavuoroiseen auttamiseen perustuvan intervention yhteys mahdollisuuteen hyödyntää epävirallisia tahoja hyvinvointipalveluissa.	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Haastattelu. Mittarit: ISEL, CSEI, IPA, PSS, GES, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: Lastensuojelun asiakasperheet (koeryhmä n= 53, 81, 97, kontrolliryhmä n= 56, 60, 58). Seuranta-aika 3 v, mittausajankohdat noin 1 v PMAO mallin alkamisesta, sekä 6 ja 12 kk kuluttua alkumittauksesta.	Parent Mutual Aid Organiaztions (PMAO) mallin tarkoituksena oli edistää riskiperheiden hyvinvointia, ehkäistä lasten huostaanottoja ja kodin ulkopuolisia sijoituksia. PMAO:ssa oli vapaaehtoisjärjestöjä, joihin kuului työntekijöitä ja lastensuojeluperheitä. Toiminnassa yhdistyi virallinen ja epävirallinen, vertaistukeen perustuva, auttaminen. Työtapoina olivat säännölliset kontaktit 2–5 x/ vko ja perheiden väliset vertaistapaamiset. Perheitä ohjattiin erilaisten palveluiden piiriin, tuettiin perheiden välisten ystävyys-suhteiden syntymistä ja asiakkaiden vastuunoton lisäämistä.	Kodin ulkopuolisten sijoitusten määrä, sijoittuminen yhteisöön, sosiaalisen tuen määrä, itsetunto, koettu stressi, vanhempien asenne ja kustannussäästö.	PMAO ohjelman osallistuneissa perheissä oli vähemmän lasten huostaanottoja ja perheiden hyvinvointi oli parantunut merkittävästi kontrolliryhmään verrattuna.	Keskitaso  Perheen ja palvelun tuottajan välinen yhteistyö



Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
9. Chao ym. (16)  USA  2006	Vanhempien arkipäivän rutii- neihin liittyvien toimintamallien yhteys lapsen käyttäytymisen ja kielellisten taitojen kehitty- miseen.	Randomoitu koe- kontrolliasetelma. Testi ja haastattelu. Mittarit: TELD, ECBI. Osallistujat: 3–5 v lapsia (N = 41), joilla todettu riski kielen tai käyttäytymi- sen ongelmiin sekä heidän vanhempansa. (Koeryhmä n = 22, kontrolliryhmä n = 19) Seuranta-aika 2,5 v. Alku- ja loppumittaus. Keskeyttänei- den määrää/katoanalyysejä ei raportoitu.	Vanhempien ja asiantuntijan yhteistyömallin perustuvan intervention tarkoituksena oli tukea vanhempien toimintaa lapsen kielelli- sen kehityksen tai käyttäytymisen ongelmis- sa. Vanhempia ohjattiin käyttämään Child Behavior and Language Assessment (CBLA) arviointimenetelmää. CBLA:n avulla van- hemmat arvioivat lastaan viikottain ja valitsi- vat mittarin sisältämiä erilaisia toimintatapoja ongelmien ratkaisemiseksi. Vanhemmat myös arvioivat valitsemiensa toimintatapojen vaikutusta lapseen. Vanhemmat ja asiantun- tijat analysoivat yhdessä vanhempien arvi- ointia ja valittuja menetelmiä säännöllisissä tapaamisissa.	Lapsen kielellisen kehityksen taso ja käyttäytymi- nen.	Vanhemmat arvioi- vat intervention lopussa lapsensa kielen ja käyttäyty- misen paremmaksi kuin vertailuryhmään kuuluvien lasten vanhemmat.	Keskitaso  Vanhempien ja työnteki- jän/asiantun- tijan välinen yhteistyö
10. Danvers ym. (20)  Englanti  2003	Vakavasti sai- railla lapsille ja heidän perheil- leen tarkoitettu palvelun (The Diana Service in Leicestershire) vastaaminen perheiden tar- peisiin ja palve- lulle asetettuihin tavoitteitteisiin.  Palvelun kehiti- tämistarpeet.	Laadullisen ja määrällisen menetelmän triangulaatio. Ei koe-kontrolliasetelmaa. Kyselyt ja haastattelu, sekä asiakirja-aineisto. Mittari: ei standardoitu.  Osallistujat: lapsia (n=3) ja vanhempia (n= 24), joilla oli kokemusta palveluntuotta- jasta, sekä henkilökuntaa (n=93) palveluntuottajan eri sektoreilta  Poikkileikkaustutkimus	The Diana Service in Leicestershire on järjestö joka pyrkii tuottamaan kokonaisval- taista, moniammatillista ja kattavaa palvelua vakavasti sairaille lapsille ja heidän perheil- leen.	Ei raportoida artikkelissa	Vanhemmat arvioi- vat palvelun tärke- äksi. Työntekijöiden aineistosta nostettiin esiin seuraavat kokonaisuudet: kommunikaatio, verkostoituminen, dokumentointi, tukipalvelut, roolit ja yhteistyö, työtyyty- väisyys ja kehittä- mis- ja koulutustar- peita.	Laadullisen tutkimuksen taso keskin- kertainen, määrällisen taso heikko  Interventio sisälsi yh- teistyötä asiakkaan ja työntekijän ja moniam- matillisen tiimin välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
11. Davenia (21)  USA  2006	Nuorten äitien ja varhaisen puuttumisen menetelmiä toteuttavien työntekijöiden kokemukset yhteistyöstä	Laadullinen tutkimus. Etnografinen lähestymistapa. Haastattelu, havainnointi, kirjallinen materiaali  Osallistujat: Nuoret äidit (n=6, ikä 14–17 v) ja varhaisen puuttumisen interventi-oon osallistuvat työntekijät (n=16, opettajia, fysio- ja puheterapeutteja, palvelukoordinojia, sekä lastenhoitaja)	ITP-ohjelma perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, jolla pyritään tukemaan nuoria kehitysvammaisen lapsen äitejä. Mallissa äidille osoitetaan henkilökohtainen palvelusuunnittelija, jonka tehtävänä on koordinoida äidin, lapsen ja perheen erilaisia palveluja. Lisäksi perheelle osoitetaan pääasiallinen palveluntarjoaja sen perusteella, millaista palvelua lapsi eniten tarvitsee. Palvelu perustuu erityisesti alussa kotikäynteihin.	Työntekijän ja nuoren äidin kokemus	Suurin osa äideistä koki yhteistyön epäonnistuneen jollakin tasolla. Äidit ilmoittivat kokemuksensa epäempeattista suhtautumista, epäluottamusta ja -kunnioitusta. Työntekijät kokivat, että heillä oli rajalliset kyvyt tukea äitejä osallistumaan.	Heikko  Vanhemman ja työntekijän välinen yhteistyö
12 Dierker ym. (22)  USA  2001	Lapseen, perheeseen ja palveluun liittyvät tekijät, jotka ennustavat monen toimijan yhteistyönä toteutettavaan Middlesex County system -ohjelmaan sitoutumista	Kvasikokeellinen tutkimus. Sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Mittari: ei standardoitu.  Asiakirja-aineisto 1992–1999 Middlesex County ohjelmaan osallistuneista lapsista (tapauksia n =117). Tutkimus oli retrospektiivinen, seuranta-aika oli lapsen ohjelmaan osallistumisaika (aika vaihteli tapauskohtaisesti).	Middlesex County ohjelma on tarkoitettu lapsille ja nuorille, joilla on vakavia tunne-elämään tai käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Ohjelmassa useat eri palvelun tuottajat muodostavat yhtymän (konsortion), jotka yhteistyössä tuottavat palveluja lapselle ja perheelle. Ohjelmassa lapselle ja perheelle tarjotaan kokopäiväisen perheneuvojan ja asainhoitajan palveluita, 24-h kriisipalvelua ja useiden erilaisten palveluiden tuottajien palveluita. Vanhempien läsnäolo kaikissa päätöksenteon vaiheissa on ehdoton ja lapsen hoitoon osallistuu moniammatillinen hoitotiimi, johon lapsen ja perheen lisäksi osallistuvat mm. asainhoitaja, koulun edustaja, sekä muut palveluntarjoajat. Lapselle laaditaan hoitosuunnitelma, jota päivitetään ja arvioidaan.	Demografiset tiedot, syy hoitoon-ohjaukseen ja kiireellisyys, perhe-tilanne mm. koko, isä-hahmon olemassa-olo, perheen ongelmat, palveluihin liittyviä tietoja	Ohjelman keskeyttämiseen oli yhteydessä masennus/eristyttyisyys, päihderiippuvuus, psykiatriset ongelmat, hoitonojhaus syiden määrä ja ohjauksen kiireellisyys. Omasta perheestä pois sijoitetut lapset voitiin palauttaa omaan perheeseen nopeammin ja tavoitteellisemmin kuin ohjelman keskeyttäneet lapset.	Keskitasoi- nen  Moniammatillisen tiimin ja perheen välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
13. Drum- mond ym. (24)  Canada  2005	Cooperative family learning approach CFLA -menetelmän vaikutukset perheen vuorovaikutukseen ja jaettuun ongelmanratkaisuun.	Randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Kysely, testaus, videovusteinen havainnointi. Mittarit: DISC, FPSI, ILAD. Osallistujat: Perheet (N = 57), joissa esikouluikäisellä lapsella todettu väh. 6 kk viivästymä kehityksessä, kommunikaatiossa tai käytäytymisessä. Perheissä väh. 2 riskitekijää (työttömyys, alhainen koulutustaso, ero, yksinhuoltajuus, alhaiset tulot). Seuranta 6 kk. Alku- ja loppumittaukset.	CFLA -menetelmän tavoitteena oli edistää perheen yhteisiä ongelmaratkaisu- ja vuorovaikutustaitoja. Menetelmä sisälsi 3 kirjallista aineistoa: ohjaajan manuaali, perheen manuaali ja yksityiskohtainen 12 tapaamisen (intervention) protokolla. Menetelmän taustalla oli perhekeskeisyys, perheen voimavarojen hyödyntäminen, yksilöllisyys ja etnisyyden huomioiminen. Perheen ja intervention toteuttajan tapaamisten välillä (12 tapaamista 6 kk aikana) oli toteutettavia. Intervention toteuttajille järjestettiin työnohjausta, jossa tuettiin protokollan noudattamista ja käsiteltiin vaikeita asiakastapauksia.	Lapsen terveys ja kehitystaso, perheen ongelmanratkaisutapa, vanhempien käyttäytyminen.	CFLA-menetelmällä voitiin oppia perheen yhteisiä ongelmaratkaisutaitoja ja edistää perheen sisäistä vuorovaikutusta.	Hyvä  Interventio sisältää yhteistyötä
14. Duggan ym. (25)  2007	Vapaaehtoisten, ei ammattihenkilöiden toteuttamien kotikäyntien vaikutus lasten kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyyn.	Randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Haastattelu, havainnointi, sisällön analyysi asiakirja-aineistoista. Mittarit: CES-D, MHI-5, CTS2, CTS-PC, HOME, PSI, AAPI, NCAST, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: kotikäyntejä toteuttavia henkilöitä N=34 ja asiakas-perheitä N=364 (koeryhmä n=179, kontrolliryhmä n=185). Seuranta-aika 8–16 kk (alkumittaus lapsen ollessa 8–16 kk, loppumittaus lapsen ollessa 2 v.	Healthy Family Alaska (HFAK) ohjelman tavoitteena oli vähentää lapsiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua vahvistamalla vanhemmuutta, lapsen terveyttä ja kehitystä. Ohjelmaan osallistuville perheille tarjottiin vapaaehtoisten toteuttamia pitkäaikaisia (3–5 v) kotikäyntejä. Kotikäyntien toteuttajat opastivat perheitä, ohjasivat heitä muihin palveluihin ja arvioivat säännöllisesti lapsen kehitystä. Perheille laadittiin yksilöllinen hoitosuunnitelma. Kotikäynnin toteuttajat pitivät myös raporttia käynneistään ja heillä oli velvollisuus raportoida mahdollisista kaltoinkohteluun liittyvistä epäilyistä ja muista ongelmista. Kotikäyntien tekijöillä oli ammattilainen tukihenkilönä.	Mielenterveys, päihteyden käyttö, psykologiset voimavarat, perheväkivalta, käytenyt kasvatustmenetelmät, lapsen kaltoinkohtelu, lapsen ensiapu- ja sairaalakäynnit.	Interventiolla ei ollut merkittävää vaikutusta lapsen kaltoinkohteluun.	Hyvä  Yhteistyö kotikäyntejä toteuttavien henkilöiden ja perheiden välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
15. Erkolah- ti ym. (30)  Suomi  2004	Perheen kotona toteutettavan hoidon arviointi- ja toteutusmallin arviointi	<p>Kliininen kokemus ja asiakirja-aineisto.</p> <p>Osallistujat: perheitä (avohoidon asiakkaita n=806, kotihoitomallin asiakkaita n=212, laitoshoidon asiakkaita n=278), jotka olivat vuosina 1997–2000 olleet erään sairaalan lastenpsykiatrian klinikan asiakkaina sekä kotikäyntimallia toteuttaneita työntekijöitä.</p> <p>Seuranta-aika (prosessin seuranta) 4 v</p>	<p>Kotihoito työmallin tarkoituksena oli kehittää lasten psykiatria liittyvää palvelua toteutamalla hoidon arviointi ja toteutus osittain tai täysin perheen kotona. Mallissa koko perhe työskenteli hoitohenkilökunnan kanssa. Tarkoituksena oli muodostaa vahva terapeutti suhde koko perheeseen sekä tukea vanhempien halua kehittää itseään vanhempina. Interventio toteutettiin moniammatillisen tiimin ja perheen välisenä yhteistyönä, joka sisälsi kotikäyntejä, kotihoitosopimuksen, videoavusteista ohjausta, neuvontaa, osittaista pkl-toimintaa sekä tarpeen mukaan sijoitettuja laitoshoidonjaksoja. Moniammatillinen tiimi oli tarvittaessa yhteistyössä koulun, päivähoiton ja sosiaalialan edustajien kanssa.</p>	<p>Työntekijöiden kliininen kokemus, hoitoisuus hoitojakson alussa ja lopussa</p>	<p>Kotihoitomallin edut olivat kokonaisvaltaisuus ja vaikuttaminen perheen arkeen. Työmenetelmä vaati uutta asennoitumista työntekijöiltä, työntekijöiden halua astua perheen todellisuuteen ja joustavuutta ammatitiroolissa. Perheet kokivat kotihoitomallin mukaisen työskentelyn turvalliseksi.</p>	<p>Heikko</p> <p>Yhteistyö perheen ja työntekijöiden välillä sekä moniammatillisen tiimin välillä</p>
16. Fawcett & Hay (31)  Iso-Britannia  2004	Taiteilijoiden, koulujen ja gallerioiden yhteistyö suhteessa lapsen luovuuteen ja oppimiseen.	<p>Laadullinen tutkimus. Haastattelu, haastattelu, arviointikokoukset, muu materiaali.</p> <p>Osallistujat: Alle kouluikäisiä lapsia, taiteilijoita (n=5), varhaiskasvatuksen toimijoita (n=5), sekä kulttuurikeskuksia (n=5)</p> <p>Seuranta-aika 1 v</p>	<p>Opettajat ja taiteilijat työskentelivät yhdessä opetustilanteissa ja pitivät yhteisiä suunnitellu- ja arviointikokouksia. Lapsille tarjottiin heitä kiinnostavia aiheita ja monipuolisia ilmaisukeinoja. Lasten havainnointi ja kuunteleminen olivat keskeisellä sijalla. Opetustilanteita havainnointiin ja dokumentointiin eri menetelmin (raportti, valokuvaus ym.). Mallissa prosessi (lapsen ajattelu, keskustelu, toiminta) on keskeinen, ei yksin prosessin lopputulos.</p>	<p>Ei raportoitu selkeästi, prosessin kuvausta ja arviointia</p>	<p>Lapset käyttivät enemmän mielikuvitusta, esittivät enemmän kysymyksiä ja oppivat uusia ilmaisutapoja. Ujojen lasten rohkeus kasvoi. Vapaa opetussuunnitelma tuotti monipuolisia tuloksia. Menetelmä auttoi aikuisia ymmärtämään lasten ajattelun tapoja.</p>	<p>Heikko</p> <p>Interventio sisältää yhteistyötä eri toimijoiden välillä</p>

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
17. Fernan- dez (32)  Austra- lia  2004	Perhettä tukevi- en interventioi- den yhteys perheen toimin- taan, vanhem- man ja lapsen väliseen suhtee- seen, vanhem- pien sitoutumi- seen ja lasten- suojelun tarpee- seen.	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Havainnointi, haastattelu. Mittarit: FAF, PSI/SF, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: perheitä (n=29), jotka osallistuivat perhekes- kuksessa toteutettaviin interventioihin. Tutkimuk- seen osallistui myös henki- lökuntaa (määrää tai tehtä- viä ei raportoitu) sekä lapsia (n=12 ). Seuranta-aika 6 kk. Alku- ja loppumittaus.	Perhekeskuksissa toteutettiin erilaisia inter- ventioita, jotka oli tarkoitettu perheille, joissa oli kohonnut riski lapsen laiminlyöntiin tai kaltoinkohteluun. Keskusten tavoitteena oli tarjota kokonaisvaltaista, ei leimaavaa per- heiden tukipalvelua, mikä motivoi perheitä aktiivisesti hakemaan apua. Interventiot olivat monitahoisia ja työmenetelminä käytet- tiin kotikäyntejä, tuettua asumista, lastenhoi- toa, laitoshoidon, konsultaatioapua (counsel- ling service), ryhmätyöskentelyä, kriisipalve- lua, sekä ympärivuorokautista perhehoitotyö- tä akuutteihin kriisitilanteisiin.	Perheen toiminta, vanhempien stressi, vanhemman ja lapsen välinen suhde, lapsen vaikeudet, käyttäytymi- nen ja so- peutuminen.	Interventiot vahvisti- vat perheen toimin- taa ja vähensivät vanhemmuuteen liittyvää stressiä. Lasten tunne- elämäänsä liittyviin tekijöihin interventi- oilla oli suuntaa- antava vaikutus. Henkilökunta koki interventioilla olevan myönteisiä vaikutuk- sia.	Heikko  Asiakas  Interventio sisältää yhteistyötä
18. Fernan- dez (33)  Austra- lia  2007	Perhekeskuk- sessa toteutet- tavien interven- tioiden yhteys perhetilantee- seen sekä lap- sen ja vanhem- man väliseen suhteeseen.	Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen triangulaatio. Haastattelu. Mittarit: NCFAS, SCARF, PSI, CAP, ei standardoituja mittareita.  Osallistujat. perheitä n=51 ja työntekijöitä kolmesta per- heiden tuki-interventioita tuotavasta perhekeskuksesta (Children's Family Centre, CFC)	Children's Family Centre (CFC) on perhe- keskus, jonka tarkoituksena on tukea perhei- tä vähentämällä lapsen laiminlyöntiin ja vahingoittamiseen liittyviä riskitekijöitä ja tukemalla perheen selviytymistä. Keskusten tarjoamat interventiot ovat monitahoisia ja sisältävät kotikäyntejä, vanhempien tukiryh- miä, naisten ryhmiä, väliaikaista asumista, väliaikaista kriisihoitoa, konsultaatiota, per- heväkivaltaan ja lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyviä ohjelmia, lastenhoi- toa ja lapsille tarkoitettuja mentor-ohjelmia. Keskusten asiakkaat on ohjattu palvelun piiriin mm. terveyden- ja sosiaalihuollon sekä lastensuojeluviranomaisten kautta.	Työntekijöi- den, van- hempien ja lasten nä- kemyksiä perhekes- kuksista saatujen interventioi- den vaiku- tuksista	Perhekeskeisillä interventioilla oli vaikutusta perheen hyvinvointiin yh- teydessä oleviin tekijöihin. Perheet kokivat saadun tuen ajoittuvan oikein. Läheiseen yhteis- työsuhteeseen liittyi kokemus arvoste- tuksi tulemisesta. rehellisyys, välittä- minen ja lähellä perheen arkea oleminen.	Heikko  Yhteistyö asiakkaan ja työntekijän välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuuttajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
19. Gal- lagher ym. (35)  USA  2004	Kehitysvammai- sen lapsen vanhemman rooli kouluttaja- na (vanhempi- kouluttaja) Part C -ohjelmassa	Laadullinen tutkimus. Fokus- ryhmä-haastattelu.  Osallistujat: vanhempi- kouluttajia (N=9)  Seuranta-aika 5 v.	Vanhempi-kouluttaja järjestelmän tavoitteenä oli edistää kehitysvammaisten lasten vanhempien osallisuutta. Vanhempi kouluttajat toimivat eri tavoin, he mm. tuottivat materiaalia, järjestivät ohjelmaa, kannustivat toisia vanhempia osallistumaan, arvioivat vanhempien palvelutarpeita ja edustivat vanhempien näkökulmaa mm. päätöksenteossa.	Vanhempi- kouluttajan käsitys roolistaan, haasteista ja onnistumisi- sta.	Vanhempi- kouluttajat kokivat toimivansa tiedon kokoajina, jakajina ja erottelijoina, perheiden ja palveluiden yhdistäjinä, van- hempien edustajina, sekä erityistarpeiden tunnistajina. Haas- teeet liittyivät mm. tietosuojauskysymyk- siin ja vanhempi- kouluttajan ase- maan.	Keskitaso  Yhteistyö on intervention tavoitteena. Yhteistyö vanhemman ja asiantuntija- jan tai mo- niamma- tillisen tiimin välillä
20. Gardner ym. (36)  Englanti  2006	Vanhemmuutta tukevan inter- vention vaikutta- vuus lasten käyttäytymishäi- riöiden vähen- tämässä.	Randomoitu koe- kontrolliasetelma. Havain- nointi, kysely. Mittarit: ECBI, Observed Child ineditednt play, Observed positive parenting, PS, PSOC, BDI, Consumer satisfaction, TAI, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: perheitä N = 76, (koeryhmä n=44, kontrolli- ryhmä n=32), joissa oli 2–9 v lapsi, jolla ilmeni käyttäyty- misongelmia. Seuranta-aika 18 kk (alkumittaus, seuran- nat 6 kk ja 12 kk).	The WebsterStratton Incredible Years - ohjelman tavoitteena oli vähentää lasten käyttäytymiseen liittyviä ongelmia ja edistää vanhempien osaamista ja itsevarmuutta. Interventiona toteutettiin ryhmämuotoista vanhempien videoavusteista ohjausta, jossa videolle kuvattiin erilaisia käyttäytymismalle- ja ja vanhemmat keskustelivat niistä. Taus- talla oli kognitiivisbehavioristinen teoria. Vanhemmat harjoittelivat kotona opittuja menetelmiä. Ohjaajat soittivat osallistujille tapaamisten välillä ja kannustavat vanhem- pia. Intervention kesto-aika oli 14 vkoa ja tapaamisia oli viikottain. Lapset eivät osallis- tuneet tapaamisiin, mutta heille oli järjestetty hoito tapaamisten ajaksi.	Lapsen käyttäytymi- nen, van- hemman osaaminen, varmuus ja mieliala.	Interventio vähensi lasten ongelmallista käyttäytymistä. Vanhempien taidot vaikuttivat mielialaa tai itsevarmuutta enemmän lapsen positiiviseen käyttäy- tymiseen.	Keskitaso  Interventio sisälsi yh- teistyötä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>21.</b> Gettinger & Stoiber (37)  USA  2006	Toiminnallisen arvioinnin, yhteistyön ja näyttöön perustuvan toimintamallin (FACET) vaikutukset lapsen käyttäytymiseen luokassa. Konsultointituen yhdistäminen malliin ja toteuttamissuunnitelman noudattaminen.	Koe-kontrolliasetelma. Havainnointi ja sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Mittarit: CCO, OREVS, sekä ohjelman toteuttajan täyttämä seuranta- ja arviointilomake. Osallistujat: Lapsia N = 70, (koeryhmä n= 47, kontrolliryhmä n=23) ja lasten opettajia (koeryhmä n=25, kontrolliryhmä n=16) Seuranta-aika n. 6 kk. Alkumittaus, seuranta 3 kk ja 6 kk.	FACET oli suunniteltu tukemaan opettajia vastaamaan haasteellisesti käyttäytyvän lapsen tarpeisiin. Mallissa korostettiin tiimissä tapahtuvaa yhteistyötä (mm. opettaja, psykologi, rehtori, sosiaalityöntekijä) ja näyttöön perustuvan työtavan soveltamista. Haasteellisesti käyttäytyvälle lapselle laadittiin yksilöllinen käyttäytymisen tukemisen suunnitelma, jota sovellettiin luokassa. Mallissa opetettiin lapsille uusia käyttäytymismalleja, vaikutettiin ympäristötekijöihin ja annettiin myönteistä palautetta hyvästä käyttäytymisestä.	Lapsen käyttäytymisen, luokan ilmapiiri, opettajaan liittyviä muuttujia, ohjelman soveltamiseen liittyviä muuttujia	Interventioon osallistuneissa luokissa tapahtui myönteistä muutosta interventioon osallistuvissa luokissa esiintyi merkittävästi enemmän myönteistä käyttäytymistä ja vähemmän huonoa käyttäytymistä kontrolliluokkiin verrattuna.	Hyvä  Moniammatillisen tiimin sisäinen yhteistyö
<b>22.</b> Grövdal, . (40)  Norja  2006	Vanhempien täyttämän lapsen potilasasiakirjan (PHCHR) vaikuttavuus.	Koe-kontrolliasetelma. Kysely, sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Mittarit: ei standardoituja  Osallistujat: lapset N = 309 (koeryhmä n=155, kontrolliryhmä n=154), jotka kävivät terveysasemalla (14 eri terveysasemaa) ja heidän vanhempansa.  Seuranta-aika 1 v, alku- ja loppumittaus.	Interventioon osallistuvat vanhemmat täyttivät lastaan koskevaa potilasasiakirjaa (PHCHR). Asiakirja sisälsi mm. rokotukset, lapsen kehitykseen liittyvää seurantaa sekä tilaa vanhempien ja terveydenhuoltohenkilökunnan merkinnöille.	Vanhempien ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö, terveyspalveluiden käyttö, vanhempien tieto lapsen terveydestä ja sairaudesta.	Vanhemmat täyttivät lasta koskevaa potilasasiakirjaa ja olivat siihen tyytyväisiä. Interventiolla ei ollut merkittävää vaikutusta vanhempien tietoon, yhteistyöhön vanhempien ja ammattilaisten välillä eikä palveluiden käyttöön.	Hyvä  Vanhempien ja asiantuntijan välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>23.</b> Hadley ym. (41)  USA  2000	Yhteistyöhön perustuvan mallin vaikuttavuus esikoulu- ja alakouluikäisen lapsen kielelliseen kehitykseen.	Osittain randomoitu koe-kontrolliasetelma. Testit. Mittarit: PPVT-III, EVT, PALS, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: 4 luokkaa, joissa oli esi- ja alakouluikäisiä lapsia N=86 (koeryhmä n=46, kontrolliryhmä n=40).  Seuranta-aika 6 kk.	Mallin tarkoituksena oli edistää esikoulu- ja alakouluikäisten lasten kielellistä kehitystä. Mallissa opettaja ja puheterapeutti työskentelivät yhdessä. He laativat yhdessä opetus-suunnitelman, jossa kielelliseen kehitykseen liittyviä asioita sijoitettiin opettajan toteuttaman normaaliopetuksen sisälle. Terapeutti oli mukana luokkaopetuksessa 2,5 pv/vko. Lisäksi hän piti lasten pienryhmätapaamisia, joissa keskityttiin fonologisen tietoisuuden lisäämiseen.	Lapsen kielellisen kehityksen taso eri osa-alueilla	Interventioon osallistuvien lasten kielellinen taso parani merkittävästi kontrolliryhmään verrattuna. Interventiolla oli positiivisia vaikutuksia myös muihin kielellisen kehityksen osa-alueisiin.	Keskitaso  Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä
<b>24.</b> Hopia (45)  2006	Pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistäminen lapsen sairaalahoidon aikana. Perheneuvotteluintervention kehittäminen lastenosastolla.	Toimintatutkimus. Haastattelu, havainnointi, sisällön analyysi essee kirjoituksista.  Mittari: ei standardoituja  Osallistujat: perheitä ja hoitajia pitkäaikaissairaita lapsia hoitavilta sairaal-osastoilta (perhehaastattelut n=82 perheenjäsentä, hoitajahaastattelut n=40, ryhmähaastattelut n= 9, perheiden ja hoitajien vuorovaikutuksen havainnointi 84 h). Perheneuvottelu-intervention arviointiin osallistuneet hoitajat (n=17) ja esimiehet (n=2).	Perheneuvotteluintervention tarkoituksena oli koota yhteen perhettä koskeva tieto, kartoittaa tiedon perusteella perhetilanne ja suunnitella perheen terveyttä edistävää hoitoa ja systemaattista hoidon arviointia. Perheneuvotteluihin kehitettiin hoitajien ja tutkijan yhteistyönä sisältörunko, joka koostui perheen tilanteeseen, perheen terveyteen, auttamismenetelmiin ja seurantaan liittyvistä osa-alueista.	Hoitajien ja asiakkaiden kokemuksia perheen terveyttä edistävästä hoitotyöstä ja sen toteutumisesta, sekä hoitajien ja esimiesten kokemus perheneuvotteluinterventiosta.	Hoitajat joko kohtasivat perheen todellisuuden tai sivuuttivat sen. Perheen todellisuuden kohtaaminen sisälsi perheen yksilöllisen tilanteen ja tarpeen huomioimisen luotamuksellisessa suhteessa. Perheet odottivat hoitajilta tukea vanhemmuuteen, jaksamiseen, arkeen ja lapsen hyvinvoinnista huolehtimiseen. Interventio edisti perhelähtöistä hoitotyötä osastoilla.	Hyvä  Interventio sisältää yhteistyötä



Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
25. Hourihan & Hoban (46)  2004	The Learning, Growing Support (LEGS) – ohjelman kehittäminen, toteutus ja arviointi.	Haastattelu ja kysely. Mittarit: Macarthur Child and Adolescent Mental Health Service, PKBS Osallistujat: osallistuneiden määrää ei selkeästi raportoitu. Interventioon osallistui 33 esikouluikäisen lapsen perhettä, joissa lapsella oli kohonnut riski käyttäytymishäiriöille. Lisäksi tutkimukseen osallistui ohjelman toteuttajia (n=12). Seuranta-aika 5–10 viikkoa. Alkumittaus, loppumittaus.	The Learning, Growing Support (LEGS) - ohjelma oli kehitetty moniammatillisen työryhmän toimesta. Työryhmässä oli terveyden-, sosiaali-, koulutusalojen edustajia sekä maallikkojäseniä. Ohjelman tavoitteena oli tukea positiivista vanhemmuutta, antaa vanhemmille sosiaalista tukea ja tukea lasten kehitystä. Ohjelma sisälsi vanhempien ja lasten ryhmiä. Paikallisella tasolla ohjelmat vaihtelivat sisällöllisesti.	Positiivinen vanhemmuus, lasten ongelma-käyttäytyminen, sosiaaliset taidot	Interventiolla oli myönteinen vaikutus vanhempien käyttämiin positiivisiin kasvatukseen menetelmiin, erityisesti positiivisen palautteen antamiseen, ja piittaamattomuuteen. Lasten sosiaaliset taidot paranivat ja ongelmallinen käytös väheni.	Heikko  Yhteistyön kuvaus moniammatillisen yhteistyötoimin sisällä.
26. Hudson ym. (47)  USA  2003	New Fathers Network - internetpalvelun vaikuttavuus	Ei randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Kysely. Mittarit: ICS, WPBL-R  Osallistujat: uudet isät N = 34 (koeryhmä n=14, kontrolliryhmä n=20 ).  Seuranta 4 vkoa. Mittaus-ajankohdat intervention alussa ja 1 kk.	Interventio oli internet-pohjainen uusille isille tarkoitettu verkosto. Palvelun tarkoituksena oli tukea uusia isäiä. Verkostopalvelu koostui kolmesta sisällöstä: tietoa uusille isille, mahdollisuus konsultoida sairaanhoitajaa ja mahdollisuus verkottua toisten samassa elämäntilanteessa olevien isien kanssa.	Isän vanhemmuuteen liittyvä itsetunto ja tyytyväisyys.	Verkosto vaikutti myönteisesti isien vanhemmuuteen liittyvään itsetuntoon ja tyytyväisyyteen. Verkostopalveluun oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä.	Keskitaso  Yhteistyö intervention sisällöissä.

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>27.</b> Hutinger & Johanson (48)  USA  2000	Tietoteknologian käyttöönotto ja soveltaminen koulujen arkitodellisuudessa	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Havainnointi, haastattelu, sisällön analyysi asiakirja-aineistosta, kriittisten tapahtumien kirjaukset, narratiivit, fokusryhmä. Mittarit: Diagnostic Inventory of Early Development, Behaviour Interaction Tool, A Technology Self-Assessment for Special Education Professors, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: lapset, perheet, työntekijät (n ei raportoitu). Seuranta-aika 3 v.	Early Childhood Comprehensive Technology System (ECCTS) -projektin tavoitteena oli tukea uuden teknologian käyttöönottoa ja soveltamista. Projekti sisälsi teknologiaan liittyvää yksilö- ja ryhmäkoulutusta, tukea opettajille, vanhemmille ja lapsille (ml. kehitysvammaiset lapset), paikan päällä toimivan teknologian tukitiimin, teknologian integroimista normaaliin opetussuunnitelmaan, sekä muita toimia, joilla pyrittiin teknologian käyttöönoton edistämiseen julkisissa päivähoito yms. palveluissa. Projektin aikana myös uusittiin atk-laitteistoja.	ECCTS projektin vaikutus lapseen, työntekijöihin, teknologian käyttöönottoa edistävät tekijät, teknologian käytön jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät.	Projekti vaikutti myönteisesti teknologian käyttöönottoon, soveltamiseen ja käytön jatkuvuuteen. Interventiolla oli myönteistä vaikutusta lapseen ja vanhempiin, henkilökunnan teknologiaan liittyvään osallistamiseen. Lisäksi tulokset osoittivat tukitiimin tarpeellisuuden sekä tekijöitä, jotka tukevat teknologian käyttöä.	Heikko  Interventio sisältää yhteistyötä
<b>28.</b> Häggmann-Laitila (42)  Suomi  2002	Varhainen tuki perheiden terveyden edistämiseksi	Laadullinen tutkimus. Sisällön analyysi asiakirja-aineistosta (perhepalvelusuunnitelmat ja työn perusteella laaditut perheraportit).  Osallistujat: N= 551 perhettä	Lapsiperhetyö-projekti oli suunnattu perheille, joissa oli varhaista tuen tarvetta jota ei neuvolasta voitu tarjota, mutta joka ei vielä kuulunut lastensuojelun piiriin. Perhetyöntekijät toimivat yhteistyössä mm. seurakuntien, neuvoloiden sekä sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Perhetyöntekijät ja perheet laativat perhekohtaisen perhetyön suunnitelman, jossa määriteltiin palvelutarpeet, tavoitteet ja työskentelymuodot. Työmuotoina oli videoavusteinen perheohjaus, verkostotoiminta, keskustelutuki, perhekuntoutus, lastenhoito ja kotiapu, kulttuuri- ja virkistystoiminta ja erilaiset ryhmätyömuodot.	Muutos perhetyön tavoitteissa ja perhe-elämän laatu	Perhetyölle asetetut tavoitteet (arjessa jaksaminen, lastenhoito- ja kasvatusvarmuuden lisääminen, parisuhteeseen ja sosiaalisten verkostojen vahvistaminen) saavutettiin hyvin.	Keskitaso  Interventio sisältää yhteistyötä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>29.</b> Kalpo- gianni ym. (53)	Psykologin ja toimintaterapeutin yhteistyön mahdollistava viitekehys	Tapaustutkimus. Havainnointi. Mittarit: TVPS-3, BASH, CCT.  Osallistujat: 8-v kehitysvammainen poika, psykologi ja toimintaterapeutti, sekä muita pojan hoitoon osallistuvia toimijoita.  Seuranta-aikaa ei raportoitu.	Interventio koostui psykologin ja toimintaterapeutin rinnakkaisista interventioista. Interventioon osallistuivat psykologin ja toimintaterapeutin lisäksi kouluavustaja ja opettaja.	Lapsen visuaalinen tarkkaavaisuus, visuaalis-motorinen prosessointi, verbaalinen ja nonverbaalinen päättely	Lapsen visuaalinen tarkkaavaisuus ja havainnointi parani- vat. Muilla osalu- eilla ei todettu merkittävää muutos- ta. Eri ammattialojen edustajat jakoivat yhteisiä tavoitteita ja kehittivät yhteisen intervention.	Heikko  Työntekijän ja työnteki- jän välinen yhteistyö
<b>30.</b> Kouri, ym. (54)  Suomi  2005	Äitiyshuollossa toimivien koke- mukset internet- perusteisesta verkkopalvelusta (Net Clinic)	Laadullinen tutkimus. Haas- tattelu.  Osallistujat: sairaalan ja avoterveydenhuollon henki- lökuntaa: kättilöitä (n=5), terveydenhoitajia (n=2) ja lääkäreitä (n=3).	Verkkopalvelun tarkoituksena oli edistää tiedonkulkua ja yhteistyötä äitiyshuollon palveluja käyttävien ja niitä tuottavien taho- jen välillä. Asiakkaat voivat lähettää kysy- myksiä neuvolan tai sairaalan henkilökunnal- le. Lisäksi he voivat osallistua verkon kes- kustelupalstalla. Verkkoa valvoo käyttäjätii- mi, joka osallistuu tarvittaessa keskusteluun. Neuvolan ja sairaalan henkilökunta voi verkossa keskustella keskenään.	Henkilökun- nan asen- teet ja ko- kemukset	Kaikki osallistujat ilmoittivat tietosuoja- kysymysten olevan enisisjaisia nettipal- velun käyttämisen ehtoja. Johdon tuki oli tärkeä. Osallistu- jat jakautuivat kol- meen ryhmään: epäilijät, hyväksyjät ja tulevaisuuteen luottavat.	Keskitaso  Intervention tavoitteena ja sisältönä yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
31. Kra- tochwill ym. (55)  USA	Perheryhmiin perustuvan Families and Schools Toget- her (FAST) ohjelman vaiku- tukset 4–9-v lasten akateemi- seen suoriutu- miseen ja luo- kassa esiinty- vään ongelma- käyttäytymiseen	Randomoitu koe- kontrolliasetelma. Prosessin arviointi, kysely, valmiit dokumentit. Mittarit: FAST, EBASS, CBM, CBCL, SSRS, TRF. Osallistujat: perheitä N=100 (koeryhmä n= 50, kontrolliryhmä n= 50) sekä opettajia (n ei raportoi- tu). Seuranta-aika n. 1 v. Mittausajankohdat interven- tion alussa, intervention lopussa (intervention kesto kahdeksan viikkoa), sekä 9 ja 12 kk seurantamittaus	FAST oli toiminnallinen yhteistyöohjelma joka pyrki vahvistamaan turvaverkkoa riski- lasten ympärille. Vanhempien osallistuminen oli keskeistä. Perheet osallistuivat kahdek- san kertaa kokoontuviin ryhmiin, jotka seu- rasivat ennalta laadittua ohjelmaa. Niissä mm. tuettiin perheen sisäistä vuorovaikutus- ta. Ohjelman aikaisemmin läpikäyneet van- hemmat toimivat uusien ryhmien vetäjinä asiantuntijoiden tukiessa ohjelman toteutu- mista. Taustafilosofiana oli vanhempien voimavaraistaminen oman lapsen tukijana.	FAST- ohjelman prosessiar- vio (mm. ohjelman eheys, soveltami- nen), lapsen akateeminen suoriutumisen (mate- maattinen ja kielellinen), lapsen käyt- täytyminen	Intervention osallis- tuneiden lasten käyttäytyminen parani, etenkin aggressiivinen käyttäytyminen väheni kontrolliryh- mään verrattuna. Koe- ja kontrolliryh- män välillä ei havait- tu eroja lasten kou- lumenestyksessä. Interventio edisti kodin ja koulun välistä yhteistyötä.	Hyvä  Moniamatil- lisen tiimin ja perheen välinen yhteistyö
32. Kruske ym. (56)  Austra- lia  2003	Perheiden ter- veyden tukemi- seen "erikoistuneen" hoitajan toiminta sekä siihen yhteydes- sä olevat tekijät.	Laadullinen tutkimus, etno- grafinen lähestymista- pa. Haastattelu, havainnointi, asiakirja-aineisto ja muu kirjallinen materiaali.  Osallistujat: lasten ja per- heiden terveyden tukemi- seen erikoistuneita hoitajia (n=33)  Poikkileikkaustutkimus	Alueellinen FamilyFirst -aloite, joka korosti lasten ja perheiden palveluiden tuottajien työskentelyä yhteistyössä perheen kanssa.	Asiakirjojen merkitys palvelujär- jestelmään ja hoitajien työvoimaan, hoitajien rooli, tekijät jotka vaikut- tavat hoita- jien kykyyn tehokkaasti toteuttaa perhekes- keistä toi- mintatapaa.	Huolimatta Family- First -aloitteesta, hoitajat pääsääntöi- sesti työskentelivät työntekijälähtöisesti. Tarkoituksenmukai- nen resurssointi, johtamisjärjestelmä ja organisaatiota- kenne sekä tervey- denhuoltojärjestel- män tuki ilmoitettiin keskeisiksi hoitajan ja perheen yhteis- työtä edistäviksi tekijöiksi.	Heikko  Vanhempien ja työnteki- jän välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>33.</b> Krysi ym. (57)  USA  2007	Healthy Family Arizona - ohjelman arvi- ointi ja ohjelman vaikutukset.	Kvasikokeellinen tutkimus. Sisällön analyysi asiakirja- aineistoista, haastattelu, testi. Mittarit: Ohjelmaan liittyvä valtakunnallinen arviointi, lastensuojelun asiakirjoja, PSI, ASQ, CA- GE, Child Safety Checklist, ei strukturoituja mittareita. Osallistujat: Perheitä N = 800, joiden Familys Stress Checklist -pisteet ylittivät 25.	Tarkoituksena oli ehkäistä lasten kaltoinkoh- telua, edistää lasten terveyttä ja kehitystä ja tukea positiivista vanhemmuutta. Ohjelma perustui asiakkaan ja työntekijän väliseen luottamukselliseen, avoimeen ja konstrukti- vistiseen suhteeseen. Toimintatapana koti- käynnit. Kotikäyntien tavoitteet asetettiin tarpeen mukaan ja ne liittyivät vanhempi- lapsi suhteeseen, turvallisuuteen, ongelman- ratkaisuun, ravitsemukseen, emotionaali- seen tukeen ja hoitoonohjaukseen. Lasten terveystarkastukset olivat osa kotikäyntejä.	Lapsen kehitys ja terveydentil- a, turvalli- suus, kal- toinkohtelu, päänteiden käyttö, stressi, elämäntilan- ne ja terveys	Ohjelman säännöllil- nen arviointi oli johtanut ohjelman kehittämiseen ja parempiin tuloksiin. Ohjelmaan osallis- tuminen vähensi lasten kaltoinkohte- lun ja laiminlyönnin riskiä sekä vähensi vanhempien stres- siä.	Heikko  Yhteistyö asiakkaan ja työntekijän välillä
<b>34.</b> Littell & Girvin (59)  USA  2006	Yksilöön, per- heeseen ja työntekijään liittyvät tekijät, jotka ovat yhtey- dessä ongelmien tunnistami- seen ja muutos- halukkuuteen lastensuojelun kontekstissa	Kvasikokeellinen tutkimus. Kysely, haastattelu ja sisäl- lön analyysi asiakirja- aineistosta. Mittarit: URICA, SCL-90-R, MCSDS, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: lastensuojelun asiakasperheitä (N=163) ja työntekijöitä (n ei raportoitu).  Seuranta-aika yksi vuosi, mittaukset intervention alussa, sekä 4 ja 12 kk. kuluttua.	Kotiin tarjottavan lastensuojelupalvelun tarkoi- tuksena oli edistää perheen toimintakykyä, vähentää lapsiin kohdistuvia haittoja ja ehkäistä lasten huostaanottoja. Kuvausta interventioiden sisällöstä tai työtavoista ei raportoitu.	Muutosha- lukkuus, elämänpol- ku, depres- sio, sosiaali- set suhteet, aikaisemmat lastensuoje- lutapaukset, työntekijän ja perheen tapaamisten määrä, työntekijän ominaisuu- det.	Ongelmien tunnis- taminen tai muutos- halukkuus ei lisää- ntynyt intervention alussa. Kielteiset elämän tapahtumat, depressio ja heikko sosiaalinen verkosto oli yhteydessä on- gelmien tunnistami- seen. Muutoshaluk- kuuteen vaikutti lapsen aiempi huos- taanotto, ja depres- sio. Tapaamiset tukivat ongelmien tunnistamista ja muutoshalukkuutta pitkällä aikavälillä.	Keskitaso  Yhteistyötä asiakkaan ja perheen välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>35.</b> McDo- nald ym.(63)  Iso- Britan- nia  2003	Sijaisvanhemp- ien kokemukset Primary Care and Support - projektista.	Laadullinen tutkimus. Haas- tattelu.  Osallistujat: sijaisvanhempia (N = 10)	Moniammatillisen työryhmän (kaksi lasten- hoidon ja sosiaalialan ryhmäjohtajaa, psyko- logi, kasvatopsykologi ja sosiaalityöntekijä), tehtävänä oli tuottaa terveys-, sosiaali- ja opetusalan kattava yhteneväinen palvelu sijaisvanhemmille. Keskeisenä huomioitiin erityisosaaminen, moniammatillisten konsul- taatiopalveluiden saatavuus ja suora tuki sijaisvanhemmille ja lapsille. Lisäksi ryhmän tavoitteena oli tuottaa yhteistyömalli, joka tuki sijaislasta ja -perhettä hoitavien toimijoi- den verkostoa.	Sijaisvan- hempien kokemukset	Uuden palvelun koettiin keskittyvän sijaisvanhempiin ja heidän erityistarpei- siinsa, sekä edistä- vän kaikkien lapsen hoitoon osallistuvien yhteistyötä. Inter- ventiolla oli myön- teinen vaikutus sijaisvanhempien psykososiaaliseen hyvinvointiin, lapsen hoitoon ja lapsiin.	Keskitaso  Moniamma- tillisen tiimin ja perheen välinen yhteistyö
<b>36.</b> Moes & Frea (65)  2002	Perhekontekstiin liittyvän tiedon käyttö interven- tion tarpeen arvioinnissa, suunnittelussa ja toteutuksessa.	Tapaustutkimus. Haastatte- lu ja havainnointi. Ei stan- dardoituja mittareita.  Osallistujat: kolme perhettä joissa oli 3–5-vuotias on- gelmallisesti käyttäytyvä autistinen lapsi, sekä tutki- joita.  Seuranta-aika 1 vuosi. Alkumittaus, seuranta 2kk. välein 1-vuoden ajan.	Vanhemman ja tutkijan välisen yhteistyön avulla määriteltiin tapaa, jolla toiminnallista kommunikaatiota voitiin harjoitella ja opettaa perhelähtöisesti. Toiminnallisen kommuni- kaation menetelmän tarkoituksena oli ohjata autistisia lapsia löytämään ongelmallisen käyttäytymisen tilalle vaihtoehtoisia käyttäy- tymistapoja. Perhekontekstiin sidotun toi- minnallisen kommunikaation ohjauksen tarkoituksena oli liittää ohjaus osaksi arkiru- tiineja ja perheen todellisuutta. Intervention tarpeen arviointi, sisällön suunnittelu, toteu- tus sekä arviointi toteutettiin vanhemman ja tutkijan välisenä tiiviinä yhteistyönä. Työme- netelminä olivat kotikäynnit, videoavusteinen havainnointi, mallintaminen ja ohjaus.	Lapsen ongelmalli- nen käytös, toiminnalli- nen kom- munikaatio, intervention sopivuus perhekon- tekstiin	Perheen tilanteen huomioiva toiminnal- lisen kommunikaati- on ohjauksen inter- ventio edisti mene- telmän käyttöä ja vähensi lasten haastavaa käyttäy- tymistä seurannan aikana.	Hyvä  Yhteistyö asiakkaan ja tutkijan välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
37. Ou (70)  USA  2005	Varhaisen inter- vention (Chicago Child-Parent Center (CPC) ja koululäsnäolon välistä yhteyttä selittävät tekijät	Ei randomoitu koe-kontrolli- asetelma. Määrällinen sisäl- lön analyysi asiakirja- aineistosta. Osallistujat: v 1985 esiopetuksen päättä- neet nuoret N= 1539 (koe- ryhmä n=989, kontrolliryhmä n= 550). Interventoryhmä oli osallistunut CPC-ohjelman mukaiseen esiopetukseen, kontrolliryhmä muuhun esiopetukseen. Retrospek- tiivinen seurantatutkimus. Tutkimus suoritettiin osallis- tujen ollessa 22-vuotiaita.	CPC-ohjelman tarkoituksena oli tukea lasten koulunkäyntiin liittyviä edellytyksiä, erityisesti koulunvalmiutta ja -menestystä. Ohjelma oli tarkoitettu 3–4-v lapsille ja se tarjosi pitkäai- kaista tukea (6 v). Ohjelmassa keskeistä oli vanhempien osallistaminen ja lapsilähtöinen lukemisen ja kielellisten valmiuksien vahvis- taminen. Menetelminä oli lasten esikoulu- opetus, päivähoito ja lasten kieleen keskitty- vä erityisopetus, vanhempien osallistuminen ohjelmaan vähintään kerran viikossa, van- hempien vapaaehtoinen toimiminen koulu- avustajina, vanhempien ryhmät, vanhemmil- le suunnattu koulutus ja ohjaus, opettaja- vanhempi keskustelut, vanhempien osallis- tuminen koulun erilaisiin toimintoihin, koti- käynnit, terveystarkastukset sekä osallistu- minen kouluopetukseen	Koulume- nestys, korkein saavutettu koulutusa- te, kognitiiv- inen suoriut- uminen, perheen tuki, sosiaa- linen sopeu- tuminen, motivaatio, koulun tuki	CPC-ohjelmaan osallistumisen yhte- yttä myöhempään koulumenestykseen ennusti parhaiten kognitiiviset tekijät, mutta myös perheen ja koulun tuki. Ym- päristötekijöillä kuten perheellä ja koululla oli henkilön ominaisuuksien lisäksi vaikutusta myöhempään koulu- menestykseen.	Keskitaso  Yhteistyötä kuvataan vanhempien osallistami- sen kautta
38. Peart ym. (71)  USA  2000	Vanhempien osallisuus Smart Start- ohjelmassa. Yhteistyötä edistävät ja ehkäisevät rakenteet ja tekijät.	Laadullinen tutkimus. Haas- tattelu. Osallistujat: SmartS- tart -toimikuntien edustajia, kuten vanhempia (n=3), "business" edustajia (n=2), SmartStart "county officials" (n=4), palveluntuot- tajia (n=10), sekä toimikun- nan ulkopuolisia tiedonanta- jia (n=4)  Seuranta-aika 2 vuotta	SmartStart-ohjelma tuotti erilaisia lasten ja perheiden hyvinvointipalveluita, kuten toi- meentuloapua vähävaraisille ja kodittomille, lasten hoidon kehittämiseen ja lasten ter- veyden seurantaa liittyviä toimia, sekä vanhempien opetusohjelmia. Ohjelman paikallisesta toiminnasta ja toteutettavista palveluista päätti paikallinen toimikunta, johon kuului mm. vanhempia, "business" edustajia, palvelun tuottajia, sekä Smart Start-ohjelman edustajia.	Yhteistyö- suhteen sisältö ja toteutumi- nen	Vanhempien osallis- tuminen toimikuntiin oli tärkeää. Osalli- suutta ehkäisi toimi- kunnan jakautumi- nen ammattilaisiin ja vanhempiin, van- hempien suhteelli- sesti pieni määrä, kokemus todellisen vallan ja virallisen aseman puuttumi- sesta.	Hyvä  Vanhempien ja moniam- matillisen verkoston väliseen yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>39.</b> Penti- cuff ym. (73)  USA  2005	Vanhempien ja vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunnan välisen yhteistyön parantamiseen pyrkivän intervention vaikuttavuus	Ei randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Kysely ja asiakirja-aineistoa. Mittarit: Parents' Understanding of Infant Care and Outcome, Parents' Views of Relationships and Decision Input, Collaboration and Satisfaction About Care Decisions Questionnaire, DCS, NTIS. Osallistujat: vanhempia (N = 154), joilla alle 1550 g painava keskonen sairaalan teho-osastolla (koeryhmä n=77, kontrolliryhmä n=77) sekä osastojen henkilökuntaa. Seuranta-aika 28 vrk. Alkumittaus ennen interventiota, 12 vrk kuluttua ja 25–28 vrk kuluttua.	Intervention tavoitteena oli edistää vanhempien ja työntekijöiden välistä yhteistyötä. Interventio sisälsi Infant Progress Chart -lomakkeen käyttöönoton, sekä hoidon suunnittelukokouksia. Progress Chart -lomake kehitettiin tutkimusta varten ja sen tarkoituksena oli auttaa vanhempia hahmottamaan visuaalisesti oman lapsensa kehittymistä ja mahdollisia komplikaatioita. Hoidon suunnittelukokoukset toteutettiin viikottain ja niiden tarkoituksena oli edistää avointa kommunikatiota, yhteistä päätöksentekoa ja luottamusta.	Yhteistyöhön liittyvät indikaattorit: vanhempien pätevyys, tyytyväisyys osallistumiseen, päätöksentekoon liittyvät konfliktit, jaettu päätöksenteko	Interventio vähensi vanhempien epärealistisia huolia ja epävarmuutta vastasyntyneen tilanteesta. Interventio lisäsi päätöksentekoon liittyvää tyytyväisyyttä ja vanhemman osallisuutta päätöksentekoon. Interventiolla ei ollut vaikutusta tyytyväisyyteen vastasyntyneen saamaan hoitoon eikä vanhempien ja henkilökunnan väliseen suhteeseen tai tehtyihin päätöksiin.	Heikko  Vanhemman ja työntekijän väliseen yhteistyöhön liittyvä
<b>40.</b> Porter ym. (74)  USA  2006	Astmakioskin yhteys vanhempien tyytyväisyyteen tiedonsaantiin, yhteistyöhön ja hoitosuosituksen noudattamiseen.	Ei randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Haastattelu. Mittari: ei strukturoitu. Osallistujat: 1–12-v astmalasten vanhemmat N=286 (koeryhmä n=142, kontrolliryhmä n=131), jotka hengitysoireiden takia ensiavussa. Seuranta-aika 6 kk. Mittaus 2 kk ennen interventiota, 3 kk ja 1 vko intervention jälkeen.	Astmakioski oli teknologinen päätöksenteon tukiohjelma, joka oli verrattavissa pankkiautomaattiin. Vanhemmat kirjasivat astmakioskiin astmaan liittyviä perustietoja, lapsen käyttämän lääkityksen, arvion hoidon tarpeesta ja ympäristöön liittyvät riskit. Kirjauten perusteella astmakioski tuotti lääkärin päätöksenteon tueksi hoitosuosituksen. Kioski tuotti tietoa myös vanhemmille.	Lääkemääräykset ja vanhempien tyytyväisyys tiedonkulkuun ja yhteistyöhön	Astmakioski ei merkittävästi lisännyt asiakkaiden yhteistyöhön liittyvää tyytyväisyyttä eikä muuttanut lääkemääräyksiä.	Keskitaso  Yhteistyötä kuvataan intervention tavoitteena



Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
41. Riley ym. (75)  USA  2008	Kotikäyntejä tekevän työntekijän ja perheen välinen suhde	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Sisällön analyysi asiakirja- aineistosta, haastattelu, havainnointi ja kysely. Mitta- rit: Home Visitor - Client Relationship inventory, FamilyCentered Behavior Scale, muita ei standardoitu- ja mittareita. Osallistujat: kotikäyntejä tekeviä työnteki- jöitä (n=197, 26) ja perheitä (n=361, 266, 277, 26). Seu- ranta-aika 18 kk. Mittaus intervention alussa, seuranta 6 kk välein.	Healthy Family Massachusetts (HFM) - ohjelma oli osa kansallista Healthy Family America -ohjelmaa. Ohjelman tarkoituksena oli ehkäistä lasten kaltoinkohtelua ja tukea lapsen terveyttä, kasvua ja kehitystä. Tavoit- teena oli myös vanhemmuuden ja sosiaali- sen aseman vahvistaminen sekä uusien teiniraskauksien ehkäisy. Ohjelma oli tarkoi- tettu kaikille alle 21-v ensimmäisen lapsen saaneille vanhemmille. Ohjelma sisälsi erilaisia työmenetelmiä, kuten ryhmätapaa- misia, kotikäyntejä ja ohjausta muiden tuki- palveluiden piiriin.	Kotikäyntien määrä, sisältö, toteuttaja, perheen ja työntekijän välinen suhde .	Perheen ja kotikäyn- tityöntekijän välistä suhdetta voitiin kuvata eri tasoilla ja eri menetelmin. Videoavusteinen havainnointi tuotti paremmin tietoa suhteen laadusta verrattuna asiakirja- aineistoon (esim. käyntiraportit) ja haastatteluihin.	Hyvä  Kuvaa asiakkaan ja työntekijän välistä suhdetta
42. Scott ym. (78)  Austra- lia  2001	Ensimmäisen lapsen saaneille perheille tarkoi- tetut ryhmäta- paamiset	Kvasikokeellinen tutkimus. Haastattelu ja kysely. Mitta- rit: ei standardoituja. Osallistujat: vanhempia (n=243), jotka olivat osallis- tuneet kaksi vuotta aikai- semmin ryhmätapaamisiin, sekä tapaamisia järjestäviä hoitajia (n=17).  Poikkileikkaustutkimus	Ensimmäistä kertaa vanhemmiksi tuleville perheille järjestettyjen ryhmätapaamisten tarkoituksena oli tukea siirtymävaihetta vanhemmuuteen. Ryhmissä käsiteltiin erilai- sia aiheita, kuten vauvan ruokintaa, kodin turvallisuuksi, vauvahierontaa ja lapsen kehitystä. Ryhmätapaamisia järjestettiin mm. neuvolassa. Yksiselitteistä kuvausta ryhmien sisällöistä tai työtavoista ei ollut.	Hoitajien toiminta kokemukset ryhmä- tapaamisista ja ryhmässä muodostu- neista sosi- aalisista suhteista.	Suurin osa ryhmistä edisti sosiaalista tukea ja siirtymävai- hetta vanhemmuu- teen. Myös hoitajat kokivat ryhmän hyödyllisenä.	Heikko  Interventio sisältää yhteistyötä (yhteistyön kuvaus vähäistä)

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuuttajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>43.</b> Solish & Perry (80)  Kanada  2008	Vanhempien osallisuus intensiivisessä käyttäytymiseen liittyvässä interventiossa (IBI)	<p>Kvasikokeellinen tutkimus. Haastattelu ja kysely Mittarit: VABS, ei standardoituja mittareita.</p> <p>Osallistujat: Vanhempia (n=48), joilla oli autistinen lapsi sekä lasten terapeutteja (n=34)</p> <p>Poikkileikkaustutkimus</p>	Interventiota oli käytetty autististen lasten hoidossa. Menetelmällä oli saatu hyviä tuloksia lasten kognitiivisten ja käyttäytymiseen liittyvien toimintojen osalta. Mallin tuloksiin vaikutti aikaisempien tutkimusten perusteella menetelmän intensiivisyys ja toiminta lapsen normaalissa ympäristössä. Vanhempien osallistuminen oli mallissa keskeistä.	Kommunkaatio, päivittäinen toiminta, sosiaaliset ja motoriset taidot, käyttäytyminen. Vanhempien osallisuus, aktiivisuus, itsetunto, stressi, usko intervention merkitykseen.	Vanhempien ja terapeuttien käsitykset osallisuudesta olivat osittain samankaltaiset, osittain vaihtelivat. Vanhempien aktiivisuus, tieto ja usko intervention merkitykseen olivat yhteydessä osallisuuteen.	Heikko  Yhteistyö (vanhempien osallisuus) liittyy intervention sisältöön  Yhteistyön kuvaus vanhempien ja terapeutin välillä
<b>44.</b> Stewart ym. (81)  Kanada  2004	Erityislapsille tarkoitetun terapiapalvelun tuki siirtymisessä esikoulusta peruskouluun	<p>Laadullisen- ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Kysely, havainnointi, haastattelu ja sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Mittarit: MPOC, CSQ, GAS, ei standardoituja mittareita.</p> <p>Osallistujat: lapsia (n=13) joilla oli erityistuen tarve siirryttäessä päivähoitosta kouluun ja lasten vanhempia.</p> <p>Seuranta-aika 10 kk</p>	Lapsille tarjottiin normaalikäytäntöä enemmän fysio- ja toimintaterapiapalveluita, sekä vanhemmille neljä koulutustilaisuutta. Lisäksi järjestettiin lapsen vanhojen ja uusien terapiatyöntekijöiden ja opettajien välisiä tapauksia, sekä tarjottiin vanhemmille kirjallista materiaalia liittyen palveluihin.	Vanhempien kokemus siirtymävaiheesta, tarvittavasta tiedosta ja resursseista. Lasten kykyjen kehittyminen siirtymävaiheen aikana.	Ohjelmaan osallistuvat lapset saavuttivat heille asetettuja tavoitteita, vanhemmat olivat palveluun tyytyväisiä	Keskitaso  Moniammatillisen tiimin yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tut	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
45. Sullivan ym. (82)  2002	Perheväkival- taan liittyvän intervention vaikutukset	Koe-kontrolliasetelma. haastattelu. Mittarit: Index of Physical Abuse, Conflict Tactics Scale, Self Perception Profile for Children, CES-D, Rosenberg Self-Esteem Inventory, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: äitejä N = 80 (koe- ja kontrolliryhmän n ei raportoi- tu), jotka olivat kokeneet perheväkivaltaa viimeksi kuluneen 4 kk aikana ja olivat sosiaalipalveluiden asiakkaita. Seuranta-aika 8 kk (mittaus intervention alussa, 4 kk ja 8 kk).	Intervention tavoitteena oli perheväkivaltaa kokeneen äidin ja lapsen itsetunnon ja hyvinvoinnin tukeminen. Intervention sisältö suunniteltiin yksilöllisen tarpeen mukaan, mutta lähtökohtana oli aktiivinen äidin ja lapsen ohjaaminen erilaisten palveluiden piiriin ja lasten ohjaaminen 10 viikon intensiiviseen tuki- ja ohjausohjelmaan. Äideille tarjottiin mm. apua lakiasioissa, kotiapua, taloudellista tukea, lastenhoitoapua, kuljetuspalveluita ja koulutusta. Lapsille järjestettiin vapaa-ajan toimintaa, apua kouluasioissa ja taloudellista tukea. Lasten tukiryhmässä keskityttiin ohjaamaan lapsia turvallisuudessa, tunteissa ja kunnioituksessa itseä ja muita kohtaan.	Intervention prosessiku- vaus, äidin ja lapsen kokemus perheväki- vallasta, lapsen sopeutumi- nen ja äidin hyvinvointi	Äidit ja lapset olivat tyytyväisiä interven- tioon. Lasten ko- koniashyvinvointi parani intervention aikana. Äitien koko- naishyvinvoinnissa ei ollut merkittävää eroa koe- ja kontrol- liiryhmän välillä.	Keskitaso  Yhteistyötä kuvataan asiakkaan ja työntekijän välillä
46. Swen- son, C.C. ym. (83)  USA  2000	Charleston Collaborative Project (CCP) - ohjelman vaikut- tavuus	Randomoitu koe-kontrolli- asetelma. Kysely, haastatte- lu, asiakirja-aineistoa. Mitta- rit: Addiction Severity Index, PSI, CBCL, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: huos- taanotettuja lapsia N=72 (koeryhmä n=48, kontrolli- ryhmä n=24) ja heidän perheensä N=45 (koeryhmä n= 26, kontrolliryhmä n=19). Seuranta-aika 5 kk. Alkumit- taus, mittaus intervention jälkeen ja 3 kk interventiosta	CCP-ohjelman tavoitteena oli turvata sauma- ton palvelu huostaanotetuille lapsille ja heidän perheilleen. Ohjelma perustui usean toimijan väliseen yhteistyöhön. Tavoitteena oli lapsen mahdollisimman pikainen ja turval- linen palautuminen omaan perheeseen ajoit- tamalla ja tuottamalla oikeat palvelut oikeaan aikaan sekä koordinoimalla palveluita. Ta- voitteena oli myös kustannussäästö. Perheet arvioitiin 72 h sisällä huostaanotosta jolloin laadittiin yhteiset tavoitteet ja hoitosuunni- telma. Moniammatillinen ryhmä (työskenteli 90 vrk) asetettiin vastaamaan lapsen ja perheen tarpeisiin.	Vanhempien ja lasten lasten toi- mintakyky, kaltoin- kohtelun uusiutumi- nen, palve- lun käyttö ja kustannuk- set, palvelu- järjestelmän toimivuus.	CCP-ohjelmaa ei sovellettu toiminta- ohjeiden mukaisesti. Ohjelma ei edistänyt lasten tai vanhempi- en toimintakykyä, lapsen palautumista perheeseen eikä vähentänyt kodin ulkopuolelle sijoitet- tavien lasten määrää. CCP ei tuotta- nut huomattavia kustannussäästöjä.	Heikko  Moniamma- tillisen tiimin ja perheen välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
47. Tandon ym.(84)  USA	Kotikäyntien yhteys pienten lasten äitien mielenterveys- ja päihdeongel- miin sekä väki- valtaan.	Kvasikokeellinen tutkimus. Haastattelu ja kysely. Mitta- rit: CES-D, MHI-5, PSI, CAGE, Diagnostic Interview Schedule, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: äitejä (n=189), sekä kotikäyntejä tekeviä työntekijöitä (n= 45)	Baltimore's Comprehensive Family Support Strategy (BCFSS) -ohjelman tavoitteena oli parantaa pienten lasten perheiden terveyttä, toimintakykyä ja omatoimisuutta asuinalueil- la, joissa lasten terveyteen ja perheiden taloudelliseen asemaan liittyvät riskit olivat kasaantuneet. Odottaville ja pienten lasten äideille tarjottiin kotikäyntejä vähintään joka toinen viikko 1–3 v ajan. Kotikäyntien toteut- tajat olivat pääsääntöisesti ei-ammattilaisia. Kotikäynneillä laadittiin perhekohtainen suunnitelma, jota arvioitiin 6 kk välein. Käyn- nit sisälsivät mm. ohjausta, vanhemmuuden tukemista, hoidon järjestelemistä ja perheen tilanteen säännöllistä arviointia.	Mielenterve- ys-, väkival- ta- ja päih- depalvelujen tarve ja käyttö. Kotikäyntejä tekevän työntekijän toiminta ja valmiudet kohdata riskiperheitä.	Puolet äideistä tarvitsi mielenterve- ys-,väkivalta- tai päihdepalveluita, mutta vain neljännes oli palveluiden piiris- sä. Työntekijät arvoivat valmiutensa arvioida ja puuttua perheen riskeihin hyväksi, mutta arvioivat koulutuk- sensa tältä osin puutteelliseksi.	Keskitaso  Yhteistyötä kuvataan osana inter- ventiota (kotikäynti), yhteistyö äidin ja työntekijän välillä
48. Uludag (85)  USA  2008	Opettajaopiskeli- joiden mielipiteet ja valmiudet tukea vanhem- pien osallisuutta lapsen koulun- käynnissä	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Kysely ja haastattelu. Mitta- rit: Parental involvement questionnaire (mukaeltu versio), ei standardoitu mittari.  Osallistujat: opettajaopiskeli- joita (n=233)	No Child Left Behind (NCBL) -laki 2001 edellytti huomioimaan vanhempien osalli- suuden osana lapsen opetusta. Lain edelly- tysten toteutuksessa opettajilla oli keskeinen osuus.	Mielipiteet ja valmiudet tukea van- hempien osallisuutta lasten kou- lunkäynnis- sä, opiskeli- joiden ko- kemus koulutukses- taan ja osallisuus- teen liitty- västä oppi- kurssista.	Opettajan koulutus- ohjelmat, joissa huomioidaan van- hempien osallisuus lasten koulunkäyn- nissä auttavat opet- tajia valmistautu- maan ja omaksu- maan positiivisia mielipiteitä vanhem- pien osallisuudesta lasten koulutukses- sa.	Heikko  Interventio sisältää yhteistyötä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
49. Viggiani ym. (88) USA  2002	Opettajan ja sosiaalityöntekijän yhteistyöhön perustuvan intervention yhteys koululaisen läsnäoloon, arvosanoihin ja luokassa käyttäytymiseen.	Ei randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Kyselyt, asiakirjat. Mittarit: ei standardoituja mittareita. Osallistujat: Tutkimus suoritettiin koulussa, jossa oppilailta oli paljon kouluun liittyviä ongelmia eikä tuki-palveluja ollut tarjolla runsaasti. Tutkimukseen osallistui oppilaita kahdesta lastentarharyhmästä (lapsia n=42) ja kahdesta alakoulu-luokasta (oppilaita n=34) sekä opettajia ja sosiaalityöntekijöitä. Interventioluo- kat (yksi lastentarharyhmä ja yksi alakoululuokka) valikoituivat sen perusteella että opettaja oli ilmoittanut osallistumishalukkuutensa ja että luokassa oli oppilaiden läsnäoloon, käyttäytymiseen ja opiskelumenestykseen liittyviä ongelmia. Seuranta-aika oli lukukausi.	Opettaja ja sosiaalityöntekijä työskentelivät yhdessä luokassa kaksi päivää viikossa. Luokassa tehtiin yksilö-, pienryhmä- ja luokkayhteisötehtäviä, jotka liittyivät luokassa käyttäytymiseen, kaverisuhteisiin, opintomenestykseen ja poissaolo-ongelmiin. Lisäksi sosiaalityöntekijä tarpeen mukaan teki kotikäyntejä ja työskenteli yksittäisten oppilaiden ja perheiden kanssa. Myös vanhempien osallistumista koulun toimintaan pyrittiin lisäämään vanhemmille suunnatuilla interventiolla. Opettaja-sosiaalityöntekijä yhteistyötiimi työskenteli intervention aikana yhteensä 18 erilaisen ongelman kanssa.	Lasten läsnäolo koulussa, käyttäytymisen, opintomenestys, näkemys interventios- ta, vanhempien, sosiaalityöntekijän ja opettajan näkemys interventios- ta	Interventiolla oli myönteinen vaikutus lasten koulussa läsnäoloon ja useaan käyttäytymiseen liittyvään osa-alueeseen. Opiskelumenestyksessä ei ollut merkittävää eroa koe- ja kontrolliluokkien oppilaiden välillä. Oppilaiden, vanhempien, opettajien ja sosiaalityöntekijän kyselyiden perusteella interventio koettiin myönteisenä.	Heikko  Työntekijä-työntekijä/asiantuntijan välinen yhteistyö

## Liite 6. Työntekijään tai työyhteisöön kohdistuvat interventiot

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
1. Bailey ym. (7)  Kanada  2006	Moniammatil- lisen koulutus sairaanhoitajien ja perhelääkä- reiden välisen yhteistyön tuki- jana	Laadullinen tutkimus. Sisäl- lön analyysi narratiiveista.  Osallistujat: asiantuntijasai- raanhoitajia (n=5) ja perhe- lääkäreitä (n=13)  Seuranta-aika intervention kesto aika (5 vkoa, alku- ja loppumittaus)	Koulutuksen tavoitteena oli tukea asiantunti- jahoitajien ja perhelääkäreiden välistä yhteis- työtä. Koulutus sisälsi moduleita, jotka koos- tuivat itseopiskelusta ja ryhmäkeskusteluista. Koulutus kesti viisi viikkoa. Lisäksi koulutuk- sen jälkeen seurantaa ja yhteistyön tukea tarjottiin yhdeksän kuukauden ajan. Koulut- uksen aikana osallistujat pohtivat yhteistyön tarkoitusta, yhteistyössä esiintyviä haasteita ja mahdollisuuksia sekä suunnittelivat miten yhteistyötä voisi edistää.	Sairaanhoi- tajien ja lääkäreiden kokemus yhteistyöstä	Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteis- vastaanotot eivät yksin riittäneet tuot- tamaan moniamma- tillista hoitoa. Rooli- odotuksiin liittyvällä koulutuksella voitiin tukea moniammatil- lisuuden toteutumis- ta	Heikko  Yhteistyötä eri ammatti- ryhmien välillä kuva- taan inter- vention tavoitteena
2. Bid- mead & Cowley (9)  Iso- Britan- nia  2005	Terveystenhoita- jan ja perheen välisestä suhdetta ja kumppanuutta analysoiva menetelmä	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Haastattelu, havainnointi ja kysely. Mittari: Constructions of Helping.  Osallistujat: kumppanuus- koulutukseen osallistuneita terveydenhoitajia (n=12) ja perheitä (n=3).  Seuranta koulutuksen aika- na, koulutusajan pituutta ei raportoitu.	Koulutus, jonka tavoitteena oli kehittää terveydenhoitajien osaamista toteuttaa kumppanuuteen perustuvaa hoitamisen mallia yhteistyössä perheiden kanssa. Tar- kempaa kuvausta opetuksen sisällöstä tai toteutuksesta ei raportoitu.	Terveysten- hoitajan auttamis- valmius, kokemus koulutukses- ta, itsereflek- tio liittyen omaan toimintaan	Perheen ja hoitajan väliseen kump- panuuteen liittyvä koulutus edisti kumppanuuden toteutumista käytän- nön hoitotyössä. Simuloitu, muistele- miseen perustuva menetelmä sopi vuorovaikutuspro- sessin analysointiin.	Heikko  Asiakkaan ja työntekijän väliseen yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>3.</b> Bruz- ze ym. (12)  USA  2006	Koulussa toimi- van, astman ennalta- ehkäisyyn pyrki- vän yhteistyö- verkoston vai- kuttavuuden arviointi.	Randomoitu koe-kontrolli- asetelma. Kysely ja sisällön analyysi asiakirja- aineistosta. Mittarit: PACQLQ, lisäksi ei- standardoituja mittareita. Osallistujat: Lapset (N = 591) joilla aikaisemmin diagnosoitu astma (koeryh- mä n=307, kontrolliryhmä n=284), heidän vanhempain- sa sekä työntekijät. Keskeyttäneiden määrä 12 kk seurannassa n=119 (20%), 24 kk seurannassa 223 (38%), katoanalyysi tehty. Seuranta-aika 2 v (mittaukset 12 kk ja 24 kk)	Interventiokouluihin perustettiin yhteistyöver- kosto (kouluhoitaja, lääkäri, hoitoapulainen, opettaja tai rehtori, vanhempi), jonka tavoit- teena oli astman ja siihen liittyvien kompli- kaatioiden ennaltaehkäisy. Verkosto osallis- tui kolmen päivän astmaan liittyvään koulu- tukseen. Interventiokoulujen opettajat osal- listuivat myös 45 min astmakoulutukseen. Lääkäreille toteutettiin lisäksi astmaan liitty- vää lääkötutusta. Yhteistyöverkosto oli yhteydessä astmaa sairastavien lasten vanhempiin ja tuki van- hempia astman dg, hoitoon ja seurantaan liittyvissä asioissa. Lisäksi kouluhoitaja tuki opettajia astmaan liittyvissä kysymyksissä. Kouluhoitajan tehtävänä oli myös koordinoi- da verkoston toimintaa.	Lapsen päiväaikais- ten astma- kohtausten frekvenssi, yöheräily, toimintara- joitteisten päivien mää- rä viimeksi kuluneen 2 vko:n ja 6 kk:n aikana, sekä van- hempien elämänlaatu	Intervention aikana ilmeni uusia astma- tapauksia. Astmaan liittyvien asioiden hoitamiseen käytetty aika lisääntyi kont- rollikouluun verrat- tuna. Lääkäreiden määräämien astma- lääkitysten määrä ei lisääntynyt. Lääkä- reiden osallistumi- nen interventioon oli heikkoa. Interventio- la ei ollut merkittä- vää vaikutusta lasten hyvinvointiin tai vanhempien elämänlaatuun.	Keskitaso  Moniamma- tillisen tiimin välinen yhteistyö
<b>4.</b> Case- Smith ym. (15)  USA  2007	IMPACTS koulu- tusohjelman sisältö sekä perheen ja työntekijän väliseen yhteis- työhön liittyvä oppiminen	Laadullinen tutkimus. Asia- kirja-aineisto (essee) ja kysely.  Osallistujat: opiskelijoita (n=46) ja lapsiperheitä (n=29)	IMPACTS projektin tarkoituksena oli koulu- tuksen avulla lisätä toiminta-, fysio- ja kielite- rapeuttien, hoitajien ja erityiskasvattajien valmiuksia toteuttaa varhaisen puuttumisen (early intervention) menetelmiä perhelähtöi- sesti. Koulutuksessa käytettiin moninaisia opetusmenetelmiä mm. kokemusperäisiä menetelmiä, sekä teoria- ja seminaariope- tusta.	Opiskelijo- den itsere- flektio oppi- misesta  Perheiden arvio opiske- lijasta	Opiskelijat kehittyi- vät perhekeskeisyy- den toteuttamisessa ja pätevytyivät toteuttamaan yhteis- työhön perustuvia varhaisen puuttumi- sen menetelmiä.	Heikko  Yhteistyön kuvaus perheen ja hoitajan välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
5. Croom & Procter (18)  2005	NewCan viitekeh- yksen kehittä- minen	Laadullinen tutkimus. Toi- mintatutkimus. Fokuserh- mähaastattelut. Osallistujat: eri alojen edustajia (n=30 mm. terveydenhoitajia, opettajia, sosiaalityöntekijöi- tä, psykiatri, lastensuojelun edustaja), sekä vanhempia (n=50) joiden lapsella oli päivittäistä toimintaa hait- taavia käyttäytymiseen liittyviä ongelmia.	NewCan-viitekeh- yksen tarkoituksena oli edistää moniammatillista yhteistyötä, lasten käytöshäiriöiden varhaista tunnistamista, puuttumista, hoitoa ja arviointia. Viitekehys auttoi työntekijöitä identifioimaan ja yhdistä- mään yksilön ja perheen tarpeita parhaiten vastaavat moniammatilliset palvelut	Eri ammatti- kuntien edustajien kokemuksia, vanhempien kokemuksia	Vanhemmat kokivat tarvetta tulla kuul- luiksi, saada tietoa ja osallistua palvelu- tarpeen arviointiin sekä päätöksente- koon. Yhteinen kieli ja yhtenevä hoidon arviointi vanhempien ja palveluntuottajien välillä koettiin tär- keänä.	Heikko  Yhteistyö intervention tavoitteena, liittyy palve- lujärjestel- män ja vanhempien väliseen yhteistyöhön
6. Dan- vers, ym. (20)  Englanti  2003	Vakavasti sai- raille lapsille ja heidän perheil- leen tarkoitetun palvelun (The Diana Service in Leicestershire) vastaaminen perheiden tar- peisiin ja palve- lulle asetettuihin tavoitteitteisiin.  Palvelun kehit- tämistarpeet.	Laadullisen ja määrällisen menetelmän triangulaatio. Ei koe-kontrolliasetelmaa. Kyselyt ja haastattelu, sekä asiakirja-aineisto. Mittari: ei standardoitu.  Osallistujat: lapsia (n=3) ja vanhempia (n= 24), joilla oli kokemusta palveluntuotta- jasta, sekä henkilökuntaa (n=93) palveluntuottajan eri sektoreilta  Poikkileikkaustutkimus	The Diana Service in Leicestershire on järjestö joka pyrkii tuottamaan kokonaisval- taista, moniammatillista ja kattavaa palvelua vakavasti sairaille lapsille ja heidän perheil- leen.	Ei raportoida artikkelissa	Vanhemmat arvioi- vat palvelun tärke- äksi. Työntekijöiden aineistosta nostettiin esiin seuraavat kokonaisuudet: kommunikaatio, verkostoituminen, dokumentointi, tukipalvelut, roolit ja yhteistyö, työtyyty- väisyys ja kehittä- mis- ja koulutustar- peita.	Laadullisen tutkimuksen taso keskin- kertainen, määrällisen taso heikko  Interventio sisälsi yh- teistyötä asiakkaan ja työntekijän ja moniam- matillisen tiimin välillä



Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
7. Fawcett & Hay (31)  Iso- Britan- nia  2004	Taitelijoiden, koulujen ja gallerioiden yhteistyö suhteessa lapsen luovuuteen ja oppimiseen.	<p>Laadullinen tutkimus. Havainnointi, haastattelu, arviointikokoukset, muu materiaali.</p> <p>Osallistujat: Alle kouluikäisiä lapsia, taitelijoita (n=5), varhaiskasvatuksen toimipisteitä (n=5), sekä kulttuuri-keskuksia (n=5)</p> <p>Seuranta-aika 1 v</p>	Opettajat ja taiteilijat työskentelivät yhdessä opetustilanteissa ja pitivät yhteisiä suunnitelu- ja arviointikokouksia. Lapsille tarjottiin heitä kiinnostavia aiheita ja monipuolisia ilmaisukeinoja. Lasten havainnointi ja kuunteleminen olivat keskeisellä sijalla. Opetustilanteita havainnoitiin ja dokumentoitiin eri menetelmin (raportti, valokuvaus ym.). Mallissa prosessi (lapsen ajattelu, keskustelu, toiminta) on keskeinen, ei yksin prosessin lopputulos.	Ei raportoitu selkeästi, prosessin kuvausta ja arviointia	Lapset käyttivät enemmän mielikuvistusta, esittivät enemmän kysymyksiä ja oppivat uusia ilmaisutapoja. Ujojen lasten rohkeus kasvoi. Vapaa opetussuunnitelma tuotti monipuolisia tuloksia. Menetelmä auttoi aikuisia ymmärtämään lasten ajattelun tapoja.	Heikko  Interventio sisältää yhteistyötä eri toimijoiden välillä
8. Frost ym. (34)  Iso- Britan- nia  2005	Moniammatillisissa tiimeissä toimivien kokeemukset tiimin vaikutuksesta omaan ammattitaitoon ja toimintaan. Sosiaalityöntekijän asema lasten ja perheiden palveluissa tuottavissa moniammatillisissa tiimeissä.	<p>Laadullinen tutkimus. Yksilöhaastattelu, sisällön analyysi asiakirja-aineistosta ja fokusryhmän toiminnan havainnointi.</p> <p>Osallistujat: työntekijöitä viidestä moniammatillisesta lasten ja perheiden palveluja tuottavasta tiimistä.</p>	Moniammatillisen tiimityön taustalla oli laki lasten ja perheiden palveluista (Childrens Act 2004). Laki korosti moniammatillista lasten ja perheiden palveluiden järjestämistä ja moniammatillista yhteistyötä.	Työntekijöiden kokeemukset moniammatillisesta tiimityöstä	Sosiaalityön rooli moniammatillisissa tiimeissä oli monitahtoinen ja siihen kohdistui haasteita. Tiimeissä oli erilaisia näkemyksiä vallasta ja statuksesta, tiedon jakamisesta ja eri tahojen välisistä yhteyksistä.	Heikko  Yhteistyö interventio (lain) sisältönä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>9.</b> Gettinger & Stoiber (37)  USA  2006	Toiminnallisen arvioinnin, yhteistyön ja näyttöön perustuvan toimintamallin (FACET) vaikutukset lapsen käyttäytymiseen luokassa. Konsultointituen yhdistäminen malliin ja toteuttamissuunnitelman noudattaminen.	Koe-kontrolliasetelma. Havainnointi ja sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Mittarit: CCO, OREVS, sekä ohjelman toteuttajan täyttämä seuranta- ja arviointilomake. Osallistujat: Lapsia N = 70, (koeryhmä n= 47, kontrolliryhmä n=23) ja lasten opettajia (koeryhmä n=25, kontrolliryhmä n=16) Seuranta-aika n. 6 kk. Alkumittaus, seuranta 3 kk ja 6 kk.	FACET oli suunniteltu tukemaan opettajia vastaamaan haasteellisesti käyttäytyvän lapsen tarpeisiin. Mallissa korostettiin tiimissä tapahtuvaa yhteistyötä (mm. opettaja, psykologi, rehtori, sosiaalityöntekijä) ja näyttöön perustuvan työtavan soveltamista. Haasteellisesti käyttäytyvälle lapselle laadittiin yksilöllinen käyttäytymisen tukemisen suunnitelma, jota sovellettiin luokassa. Mallissa opetettiin lapsille uusia käyttäytymismalleja, vaikutettiin ympäristötekijöihin ja annettiin myönteistä palautetta hyvästä käyttäytymisestä.	Lapsen käyttäytymisen, luokan ilmapiiri, opettajaan liittyviä muuttujia, ohjelman soveltamiseen liittyviä muuttujia	Interventioon osallistuneissa luokissa tapahtui myönteistä muutosta interventioon osallistuvissa luokissa esiintyi merkittävästi enemmän myönteistä käyttäytymistä ja vähemmän huonoa käyttäytymistä kontrolliluokkiin verrattuna.	Hyvä  Moniammatillisen tiimin sisäinen yhteistyö
<b>10.</b> Goldbeck ym. (39)  Saksa  2007	Organisaation ulkopuolinen asiantuntijatuki lastensuojelun työntekijän tukena.	Randomoitu koe-kontrolliasetelmaa. Haastattelu ja sisällön analyysi asiakirja-aineistosta. Mittari: ei standardoitu.  Osallistujat: lastensuojelutapauksia hoitavia työntekijöitä N=80 (koeryhmä n=42, kontrolliryhmä n=38).  Seuranta intervention aikana (intervention keskimääräinen kesto kolme kuukautta) ja 6 kk kuluttua intervention loputtua	Intervention tavoitteena oli lastensuojelutapausta hoitavan työntekijän tukeminen. Organisaation ulkopuolinen asiantuntija osallistui lastensuojelun työntekijän kanssa yhteisiin kokouksiin 2–6 kertaa intervention aikana. Kokouksissa käsiteltiin tapauksen kannalta oleellisia asioita ja laadittiin kirjallinen raportti, jossa määriteltiin tavoitteita ja toimintasuunnitelmia. Kokouksiin ei osallistunut tapaukseen liittyvää lasta eikä perheenjäsentä.	Työntekijän tyytyväisyys ja varmuus lastensuojelutapauksen tutkimisen, riskiarvioinnin ja hoidon suunnittelun aikana, yhteistyön laatu, lasten ja vanhempien osallistuminen	Ulkopuolisesta asiantuntijatuesta ei ollut huomattavaa hyötyä lastensuojelun työntekijöille. Lasten osallistumisen tapauksensa käsittelyyn oli vähäisempää interventioryhmässä kuin kontrolliryhmässä (normaali käytäntö)	Keskitaso  Työntekijän ja työntekijän/asiantuntijan välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
11. Heikki- nen ym. (44)  Suomi  2005	Koulutuksen yhteys yleislää- käreiden ja lasten psykiatri- aan liittyvien toimijoiden verkoston muu- tokseen	Ei randomoitu koe-kontrolli- asetelma. Kysely. Mittari: ei standardoitu  Osallistujat: terveyskeskuk- sissa työskenteleviä lääkä- reitä N=761 (koeryhmä n=146, kontrolliryhmä n=200)  Seuranta-aika yksi vuosi	Yhden päivän koulutus, jonka tarkoituksena oli päivittää yleislääkäreiden tietoa ja taitoa liittyen lasten psykiatria. Lisäksi koulutuk- sen tavoitteena oli muodostaa moniammatil- lisia verkostoja ja parantaa eri ammattiryh- mien välistä yhteistyötä.	Yleislääkä- rin psykiatri- aan liittyvän verkoston laajuus	Koulutuksen vaiku- tus lääkäreiden lasten psykiatria- an liittyvien toimijoiden verkostoon oli vä- häistä. Koulutuk- seen osallistuvilla lääkäreillä oli pa- rempi yhteistyöver- kosto jo ennen koulutusta kuin niillä jotka eivät osallistu- neet koulutukseen	Heikko  Moniamma- tilliseen yhteistyöhön liittyvä
12. Hopia (45) 2006	Pitkäaikaissai- raan lapsen perheen tervey- den edistäminen lapsen sairaala- hoidon aikana. Perheneuvotte- luintervention kehittäminen lastenosastolla.	Toimintatutkimus. Haastatte- lu, havainnointi, sisällön analyysi essee kirjoituksista. Mittari: ei standardoituja. Osallistujat: perheitä ja hoitajia pitkäaikaissairaita lapsia hoitavilta sairaala- osastoilta (perhehaastattelut n=82 perheenjäsentä, hoita- jahaastattelut n=40, ryhmä- haastattelut n= 9, perheiden ja hoitajien vuorovaikutuk- sen havainnointi 84 h). Perheneuvottelu-intervention arviointiin osallistuneet hoitajat (n=17) ja esimiehet (n=2).	Perheneuvotteluintervention tarkoituksena oli koota yhteen perhettä koskeva tieto, kartoittaa tiedon perusteella perhetilanne ja suunnitella perheen terveyttä edistävää hoitoa ja systemaattista hoidon arviointia. Perheneuvotteluihin kehitettiin hoitajien ja tutkijan yhteistyönä sisältörunko, joka koos- tui perheen tilanteeseen, perheen tervey- teen, auttamismenetelmiin ja seurantaan liittyvistä osa-alueista.	Hoitajien ja asiakkaiden kokemuksia perheen terveyttä edistävästä hoitotyöstä ja sen toteu- tumisesta, sekä hoitaji- en ja esi- miesten kokemus perheneu- votteluinter- ventiosta.	Hoitajat joko kohta- sivat perheen todel- lisuuden tai sivuutti- vat sen. Perheen todellisuuden koh- taaminen sisälsi perheen yksilöllisen tilanteen ja tarpeen huomioimisen luot- tamuksellisesti. Perheet odottivat hoitajilta tukea vanhemmuuteen, jaksamiseen, arkeen ja lapsesta huoleh- timiseen. Interventio edisti perhelähtöistä hoitotyötä osastoilla.	Hyvä  Interventio sisältää yhteistyötä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>13.</b> Hutinger & Johanson (48)  USA  2000	Tietoteknologian käyttöönotto ja soveltaminen koulujen arkitteluudessa	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Havainnointi, haastattelu, sisällön analyysi asiakirja-aineistosta, kriittisten tapahtumien kirjaukset, narratiivit, fokusryhmä. Mittarit: Diagnostic Inventory of Early Development, Behaviour Interaction Tool, A Technology Self-Assessment for Special Education Professors, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: lapset, perheet, työntekijät (n ei raportoitu). Seuranta-aika 3 v.	Early Childhood Comprehensive Technology System (ECCTS) -projektin tavoitteena oli tukea uuden teknologian käyttöönottoa ja soveltamista. Projekti sisälsi teknologiaan liittyvää yksilö- ja ryhmäkoulutusta, tukea opettajille, vanhemmille ja lapsille (ml. kehitysvammaiset lapset), paikan päällä toimivan teknologian tukitimin, teknologian integroimista normaaliin opetussuunnitelmaan, sekä muita toimia, joilla pyrittiin teknologian käytön edistämiseen julkisissa päivähoito yms. palveluissa. Projektin aikana myös uusittiin atk-laitteistoja.	ECCTS projektin vaikutus lapseen, työntekijöihin, teknologian käyttöönottoa edistävät tekijät, teknologian käytön jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät.	Projekti vaikutti myönteisesti teknologian käyttöönottoon, soveltamiseen ja käytön jatkuvuuteen. Interventiolla oli myönteistä vaikutusta lapseen ja vanhempiin, henkilökunnan teknologiaan liittyvään osallistamiseen. Lisäksi tulokset osoittivat tukitimin tarpeellisuuden sekä tekijöitä, jotka tukevat teknologian käyttöä.	Heikko  Interventio sisältää yhteistyötä
<b>14.</b> Kalpogianni ym. (53)  2001	Psykologin ja toimintaterapeutin yhteistyön mahdollistava viitekehys	Tapaustutkimus. Havainnointi. Mittarit: TVPS-3, BASH, CCT.  Osallistujat: 8-v kehitysvammainen poika, psykologi ja toimintaterapeutti, sekä muita pojan hoitoon osallistuvia toimijoita.  Seuranta-aikaa ei raportoitu.	Interventio koostui psykologin ja toimintaterapeutin rinnakkaisista interventioista. Interventioon osallistuivat psykologin ja toimintaterapeutin lisäksi kouluavustaja ja opettaja.	Lapsen visuaalinen tarkkaavaisuus, visuaalis-motorinen prosessointi, verbaalinen ja nonverbaalinen päättely	Lapsen visuaalinen tarkkaavaisuus ja havainnointi parani. Muilla osaluilla ei todettu merkittävää muutosta. Eri ammattialojen edustajat jakoivat yhteisiä tavoitteita ja kehittivät yhteisen intervention.	Heikko  Työntekijän ja työntekijän välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
15. Kouri ym. (54)  Suomi  2004  .	Äitiyshuollossa toimivien koke- mukset internet- perusteisesta verkkopalvelusta (Net Clinic)	Laadullinen tutkimus. Haas- tattelu.  Osallistujat: sairaalan ja avoterveydenhuollon henki- lökuntaa: kätilöitä (n=5), terveydenhoitajia (n=2) ja lääkäreitä (n=3).	Verkkopalvelun tarkoituksena oli edistää tiedonkulkua ja yhteistyötä äitiyshuollon palveluja käyttävien ja niitä tuottavien taho- jen välillä. Asiakkaat voivat lähettää kysy- myksiä neuvolan tai sairaalan henkilökunnal- le. Lisäksi he voivat osallistua verkon kes- kustelupalstalla. Verkkoa valvoo käyttäjätii- mi, joka osallistuu tarvittaessa keskusteluun. Neuvolan ja sairaalan henkilökunta voi verkossa keskustella keskenään.	Henkilökun- nan asen- teet ja ko- kemukset	Kaikki osallistujat ilmoittivat tietosuoja- kysymysten olevan ensisjaisia nettibal- velun käyttämisen ehtoja. Johdon tuki oli tärkeä. Osallistu- jat jakautuivat kol- meen ryhmään: epäilijät, hyväksyjät ja tulevaisuuteen luottavat.	Keskitaso  Intervention tavoitteena ja sisältönä yhteistyö
16. Kruske ym. (56)  Austra- lia  2006	Perheiden ter- veyden tukemi- seen "erikoistu- neen" hoitajan toiminta sekä siihen yhteydes- sä olevat tekijät.	Laadullinen tutkimus, etno- grafinen lähestymistä- pa.Haastattelu, havainnointi, asiakirja-aineisto ja muu kirjallinen materiaali.  Osallistujat: lasten ja per- heiden terveyden tukemi- seen erikoistuneita hoitaja (n=33)  Poikkileikkaustutkimus	Alueellinen FamilyFirst -aloite, joka korosti lasten ja perheiden palveluiden tuottajien työskentelyä yhteistyössä perheen kanssa.	Asiakirjojen merkitys palvelujär- jestelmään ja hoitajien työvoimaan, hoitajien rooli, tekijät jotka vaikut- tavat hoita- jien kykyyn tehokkaasti toteuttaa perhekes- keistä toi- mintatapaa.	Huolimatta Family- First -aloitteesta, hoitajat pääsääntöi- sesti työskentelivät työntekijälähtöisesti. Tarkoituksenmukai- nen resurssointi, johtamisjärjestelmä ja organisaatiora- kenne sekä tervey- denhuoltojärjestel- män tuki ilmoitettiin keskeisiksi hoitajan ja perheen yhteis- työtä edistäviksi tekijöiksi.	Heikko  Vanhempien ja työnteki- jän välinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
17. Malone ym. (61)  USA  2005	Moniammatilliseen koulutukseen osallistuneiden työntekijöiden valmiudet ja toimintamallit kohdata lapsia, joilla on kuulonälä.	Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen triangulaatio. Kysely. Mittarit: ei standardoitu. Osallistujat: työntekijöitä (n=313), jotka työssään saattoivat kohdata kuulovammaisia lapsia ja heidän perheitään.	Intervention tavoitteena oli edistää kuulovammaisten lasten kanssa työskentelevien osaamista ja tuottajien välistä yhteistyötä. Interventio oli moniammatillinen koulutus, joka koostui kahdeksasta osasta. Ennen koulutuskerran alkua toteutettiin alkumittaus (alkukysely) ja välittömästi koulutuskerran jälkeen loppumittaus (loppukysely).	Koulutukseen osallistuvien itsearvioitu osaaminen (tieto ja taito)	Lyhyt, moniammatillinen koulutus lisäsi osallistujien tietoja ja taitoja kuulovammaisten lasten ja heidän perheidensä hoidossa ja hoitoonohjauksessa.	Heikko  Intervention tavoitteena on lisätä yhteistyötä eri toimijoiden välillä.
18. Morrow ym. (67)  Iso-Britannia  2005	Moniammatillisen yhteistyömallin kehittämisen tukea tarvitsevien perheiden hoitoonohjaukseen ja hoitoon.	Laadullinen tutkimus. Toimintatutkimus. Tiedonkeruun menetelminä prosessin arviointi, ryhmätapaamiset, havainnointi, sekä kenttämuistiinpanot.  Osallistujat: lasten ja perheiden tukipalveluita tarjoavan moniammatillisen organisaation kaikki työntekijät (n=33).  Kaksiosainen seuranta-aika; yhteensä 6 kk.	Kehitystoiminnan tavoitteena oli yhteinen ja yhtenäinen hoitoonohjausmalli. Interventiossa organisaation koko henkilökunta (n=33) osallistui kokouksiin, joissa yhteisesti käsiteltiin asiakkaiden hoitoonohjausta ja hoitoa.	Yhteistyömallin kehittyminen ja toiminta.	Henkilökunnan yhteiseen päätöksentekoon perustunut hoitoonohjaus-toimintamalli ei johtanut asetettuihin tavoitteisiin. Henkilökunnan vastustus, ajanpuute ja toiminnan tarkoituksenmukaisuuden epäily nostettiin esiin. Henkilökunnalla ei ollut yhtenäistä näkemystä kokousten tarkoituksesta ja kokouksia käytettiin eri tarkoituksiin. Moniammatillisen ryhmän sisäiset valtasuhteet ja pelot nousivat esiin.	Keskitaso  Moniammatillisen tiimin yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>19.</b> Peden- McAlpi- ne ym. (72)  USA  2005	Reflektiivisen käytännön perheintervention (RPI) liittäminen osaksi lastensairaanhoidajien toimintaa.	Laadullinen tutkimus. Fenomenologinen lähestymistapa. Haastattelu. Osallistujat: kahdeksan hoitajaa, jotka olivat osallistuneet intervention.  Poikkileikkaustutkimus, seuranta 3–4 viikkoa intervention jälkeen. Intervention kestoaikaa ei raportoitu.	Reflektiivisen käytännön intervention (RPI) tarkoituksena oli kehittää lasten sairaanhoidajien valmiuksia kohdata yksilöllisesti kriisissä olevia perheitä. Opetus perustui toiminnan teoriaan. Opetuksessa käytettiin narratiiveja, roolimallien havainnoimista ja refleктоivaa keskustelua opetukseen osallistuvan hoitajan ja kokeneen perhehoitotyötä tehneen hoitajan välillä.	Hoitajien kokemukset	RPI muutti hoitajien asenteita perhehoitotyötä kohtaan, edisti heidän vuorovaikutustaitojaan ja kykyä muodostaa luottamuksellinen suhde perheisiin. Perhehoitotyöstä tuli osa hoitajien toimintaa.	Heikko  Intervention tavoitteena on yhteistyö perheen ja työntekijän välillä
<b>20.</b> Pent- cuff & Arheart (73)  USA  2005	Vanhempien ja vastasyntyneiden teho-osaston henkilökunnan välisen yhteistyön parantamiseen pyrkivän intervention vaikuttavuus	Ei randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Kysely ja asiakirja-aineistoa. Mittarit: Parents' Understanding of Infant Care and Outcome, Parents' Views of Relationships and Decision Input, Collaboration and Satisfaction About Care Decisions Questionnaire, DCS, NTIS. Osallistujat: vanhempia (N = 154), joilla alle 1550 g painava keskonen sairaalan teho-osastolla (koeryhmä n=77, kontrolliryhmä n=77) sekä osastojen henkilökuntaa. Seuranta-aika 28 vrk. Alkumittaus ennen interventiota, 12 vrk kuluttua ja 25–28 vrk kuluttua.	Intervention tavoitteena oli edistää vanhempien ja työntekijöiden välistä yhteistyötä. Interventio sisälsi Infant Progress Chart -lomakkeen käyttöönoton, sekä hoidon suunnittelukokouksia. Progress Chart -lomake kehitettiin tutkimusta varten ja sen tarkoituksena oli auttaa vanhempia hahmottamaan visuaalisesti oman lapsensa kehittymistä ja mahdollisia komplikaatioita. Hoidon suunnittelukokoukset toteutettiin viikottain ja niiden tarkoituksena oli edistää avointa kommunikointia, yhteistä päätöksentekoa ja luottamusta.	Yhteistyöhön liittyvät indikaattorit: vanhempien pätevyys, tyytyväisyys osallistumiseen, päätöksentekoon liittyvät konfliktit, jaettu päätöksenteko	Interventio vähensi vanhempien epärealistisia huolia ja epävarmuutta vastasyntyneen tilanteesta. Interventio lisäsi päätöksentekoon liittyvää tyytyväisyyttä ja vanhemman osallisuutta päätöksentekoon. Interventiolla ei ollut vaikutusta tyytyväisyyteen vastasyntyneen saamaan hoitoon eikä vanhempien ja henkilökunnan väliseen suhteeseen tai tehtyihin päätöksiin.	Heikko  Vanhemman ja työntekijän väliseen yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
21. Porter ym. (74)  USA  2006	Astmakioskin yhteys vanhempien tyytyväisyyteen tiedonsaantiin, yhteistyöhön ja hoitosuosituksen noudattamiseen.	Ei randomoitu koe-kontrolli-asetelma. Haastattelu. Mittari: ei strukturoitu. Osallistajat: 1–12-v astmalasten vanhemmat N=286 (koe-ryhmä n=142, kontrolliryhmä n=131), jotka hengitysoireiden takia ensiavussa. Seuranta-aika 6 kk. Mittaus 2 kk ennen interventiota, 3 kk ja 1 vko intervention jälkeen.	Astmakioski oli teknologinen päätöksenteon tukiohjelma, joka oli verrattavissa pankkiautomaattiin. Vanhemmat kirjasiivat astmakioskiin astmaan liittyviä perustietoja, lapsen käyttämän lääkityksen, arvion hoidon tarpeesta ja ympäristöön liittyvät riskit. Kirjauten perusteella astmakioski tuotti lääkärin päätöksenteon tueksi hoitosuosituksen. Kioski tuotti tietoa myös vanhemmille.	Lääkemääräykset ja vanhempien tyytyväisyys tiedonkulkuun ja yhteistyöhön	Astmakioski ei merkittävästi lisännyt asiakkaiden yhteistyöhön liittyvää tyytyväisyyttä eikä muuttanut lääkemääräyksiä.	Keskitaso  Yhteistyötä kuvataan intervention tavoitteena
22. Hylton Rushton ym. (49)  USA  2006	Lasten palliatiivisen hoidon kehittäminen ja kehittämistyön tuloksena syntyneiden interventioiden vaikutus hoidon laatuun ja työntekijöiden henkilökohtaiseen kärsimykseen	Toimintatutkimus. Sisällön analyysi asiakirjoista ja osallistujien arvioinneista. Osallistujien antaman arvioinnin muotoa tai sisältöä ei yksityiskohtaisemmin kuvattu.  Osallistajat: henkilökuntaa (n=950), joka työssään hoitaa vakavasti sairaita, kuolevia lapsia ja heidän perheitään.  Seuranta-aika 1,5 vuotta (mittaukset intervention aikana)	Intervention tavoitteena oli edistää lasten palliatiivista hoitoa edistämällä moniammatillisuutta, henkilökunnan osaamista ja surun käsittelemistä. Intervention aikana kehitettiin neljä työmuotoa: palliatiivisen hoidon verkosto, säännölliset palliatiiviseen hoitoon liittyvät koulutukset, yksittäisten potilaiden hoitoon liittyvät hoitopalaverit ja henkilökunnalle tarkoitetut debriefing-istunnot.	Toteutuneiden työmuotojen määrä, työmuodoissa käsiteltyjen potilastapausten laatu (potilaan ikä ja diagnoosi), eri työmuodoissa esiintyneet keskustelunaiheet, sekä osallistujien arvio työmuodoista	Kaikki osastot osallistuivat ainakin osittain intervention eri työmuotoihin. Osallistajat kokivat työmuodot informatiivisina, ja että niillä oli vaikutusta työs-kentelyyn.	Heikko  Intervention tavoitteena ja sisältönä moniammatillinen yhteistyö



Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>23.</b> Smith (79)  Englanti  2004	Perhekeskeistä terveyden edis- tämistä rajoitta- vat tekijät ter- veydenhoitajan työssä  .	Laadullinen tutkimus. Fokus- ryhmähaastattelu. Osallistu- jat: terveydenhoitajia (n=27).  Poikkileikkaustutkimus.	Englannissa oli kansallisella tasolla asetettu suosituksia ja säädöksiä, jotka edellyttävät terveydenhoitajilta uudenlaista työtapaa, perhekeskeisyyttä terveydenedistämisen kontekstissa. Yksityiskohtaista kuvausta säädösten sisällöstä ei oltu raportoitu.	Terveysten- hoitajien kokemuksia tekijöistä, jotka rajoitt- ivat perhe- keskeisen terveyden- edistämis- työn toteu- tumista.	Perhekeskeisen terveydenedistämis- työn toteutumisessa oli kolme keskeistä osa-aluetta: tervey- denedistämistyöhön liittyvän yhteneväi- syyden muodostu- minen, terveyden- hoitajan roolin sel- keyttäminen ja toiminnan muutta- minen niin että toiminnan johto oli tehokasta, perhe- keskeisyyden visio oli vahva ja toiminta liittyi osaksi tervey- denedistämisen politiikkaa ja käytän- töä.	Heikko  Yhteistyötä kuvataan toiminnan perhekes- keisyyden näkökulmas- ta

## Liite 7. Palvelujärjestelmään kohdistuvat interventiot

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
1. Allen- Maeres ym. (2)  USA  2005	Lasten palveluihin liittyvien 10 projektin välinen yhteistyö	Laadullinen tutkimus. Asiakirja-aineisto ja haastattelu  Osallistujat: GPY yhteis- työtahoja (n= yli 200) vuosina 2002–2004  Poikkileikkaustutkimus	The Global Program on Youth (GPY) tavoit- teena oli yhteisön ja yliopiston välinen yh- teistyö. Ohjelmassa pyrittiin vähentämään tieteen ja käytännön välistä kuilua tutkijoiden ja käytännön toimijoiden yhteistyönä toteut- tamilla tutkimuksilla. Ohjelmaan liittyvät projektit pyrkivät edistämään lasten ja per- heiden hyvinvointia paikallisesti, alueellisesti ja kansainvälisesti. Projekteissa oli toimijoita eri tieteen ja käytännön alueilta. Projektit liittyivät mm. kouluväkivalta-, köyhyys- ja teiniraskauskysymyksiin. Tarkkaa kuvausta eri projektien toimintamenetelmistä ei rapor- toitu.	Yhteistyö- tahojen näkemyk- sistä toteut- tamaan yhteis- työtavasta, projektin tuloksista ja niiden sovel- tamisesta, opetus- ja oppimispro- sessista ja teknologian käytöstä.	Yhteistyömenetel- mät ja teknologian soveltaminen olivat keskeisiä kaikissa yhteistyöprojekteis- sa, ja tieteen sovel- taminen käytäntöön oli toteutunut. Osal- listavat tutkimukset tuottivat tuloksia, jotka olivat sovellet- tavissa ja merkityk- sellisiä lasten palve- lujärjestelmissä toimiville.	Heikko  Yhteistyö osa inter- ventiota, kuvataan yhteistyötä tieteen ja käytännön toimijoiden välillä
2. Ander- son- Butcher (4)  USA  2002	Moniammatillisten suunnitteluryhmien prosessin arviointi sekä kokemukset ryhmiin osallistumi- sesta ja ryhmien hyödyistä.	Laadullisen ja määrälli- sen tutkimuksen triangu- laatio. Kysely ja haasta- telu. Mittarit: ei standar- doitu. Osallistujat: Neljä lastensuojelun asiantun- tijoista (työntekijöitä ja entisiä asiakkaita) koos- tuvaa suunnitteluryhmää (n=89 toimintatutkimus, n=48 kysely, n= 22 haastattelu).Seuranta intervention aikana sekä 1,5 v. kuluttua	Moniammatillisten suunnitteluryhmien tarkoi- tuksena oli tuottaa uutta tietoa ja innovaatioi- ta lastensuojelun palveluiden järjestämiseen, määritellä pätevyksiä sekä suunnitella opetus- ja harjoitusohjelmia uusien toiminta- tapojen ja järjestelmien tukemiseksi. Ryhmi- en työskentelyn taustalla oli voimaantumise- en ja toiminnan kautta oppimiseen liittyvä taustafilosofia.	Moniamma- tillisen suunnittelu- ryhmän vaikutta- vuus, koke- mus ryh- mään osal- listumisesta.	Suunnitteluryhmät edistivät perhekes- keistä toimintatapaa, moniammatillista yhteistyötä, palve- luiden tuottamista ja olemassaolevien tarpeiden ymmärtä- mistä sekä ryhmän jäsenten kasvua ja itsetietoisuutta.	Heikko  Moniamma- tillisen tiimin sisäinen yhteistyö

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
3. Attride- Stirling ym. (5)  Englanti  2001	Mielenterveyspalve- lujen alueellinen kehittäminen ja perheiden mielen- terveyspalvelujen tarve.	Laadullisen ja määrälli- sen tutkimuksen triangu- laatio. Haastattelu. Mittari: ei standardoitu. Osallistujat: satunnai- sesti eräältä alueelta valikoituneita lasten (0– 17-vuotiaita) vanhempia (n=427). Laadulliseen tutkimukseen osallistui 14 vanhempaa. Poikkileikkaustutkimus. .	Lewisham Community Child and Family Service (LCCFS) -palvelun tavoitteena oli tuottaa psykososiaalista palvelua lapsille, nuorille, vanhemmille ja perheille. Palvelu keskittyi ongelmien ennaltaehkäisyyn, niiden varhaiseen tunnistamiseen, tuen oikea- aikaiseen ajoittamiseen sekä terveyden edistämiseen. Palvelu toimi eri toimijoiden välisen ja toimijoiden sisäisen yhteistyön periaatteiden mukaisesti. Erityistä huomiota kiinnitettiin perheiden tarpeiden kartoittami- seen.	Lasten ja perheiden psykososi- aaliset ongelmat, riskitekijät, palvelun käyttö	Lasten mielenterve- yspalvelun tarpeita oli paljon. Palvelui- den toivottiin olevan helposti saatavissa, ei leimaavia, ja henkilökunnan olevan sympaattista.	Heikko  Yhteistyötä kuvataan eri toimijoiden välillä inter- vention osana ja tavoitteena.
4. Barratt (8)  2003	Näyttöön perustuvaa toimintaa edistävät ja ehkäisevät tekijät sosiaalihuollon organisaatioissa	Laadullinen tutkimus. Ryhmäkeskustelu, haastattelu ja kysely. Mittari: ei standardoituja mittareita  Osallistujat: sosiaalihuol- lon eri organisaatioiden edustajia (ryhmäkeskus- telu n=40, haastattelu n=36, kysely n=50)	Research in Practice pyrki kehittämään uusia tapoja, joilla voitiin edistää näyttöön perustuvaa toimintaa lasten ja perheiden palveluissa. Projekti toimi yhteistyössä yli 50, kansallisen ja yksityisen, lasten ja perheiden palveluntuottajan kanssa.  Artikkeli kuvasi ohjelmaan liittyvää projektia, jonka tavoitteena oli kuuden alueellisen lasten sosiaalipalveluiden tuottajan yhteis- työnä selvittää miten näyttöön perustuvaa toimintaa sosiaalihuollon kontekstissa voitiin edistää.	Toimijoiden näkemykset näyttöön perustuvaa toimintaa ehkäisevistä ja edistävis- tä tekijöistä- lasten ja perheiden sosiaalipal- veluissa	Näyttöön perustuvan toiminnan osuus päätoksenteossa, ohjeistuksessa ja suunnittelunssa oli epäselvä. Näyttöön perustuvaa toimin- taa edistävät tekijät olivat kehittymättö- miä (mm. koordinaa- tion, toimintaohjei- den ja ajan puute, muutokseen liittyvä epävarmuus, puut- tuvat tietolähteet) eikä tutkitun tiedon käyttöä oltu selkeäs- ti kuvattu.	Heikko  Yhteistyö eri toimijoiden välillä inter- vention sisältönä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>5.</b> Collins- Camar- go & Groeber (17)  USA  2003	Lastensuojeluun liittyvät kehittämis- tarpeet ja näyttöön perustuvan toimin- nan kehittämisen kohteet.	<p>Toimintatutkimus. Ryh- mähaastattelut, sisällön analyysi asiakirja- aineistoista.</p> <p>Osallistujat: lastensuoje- lun toimijoita (hallinnon eri tasoilta), yhteisöjen jäseniä ja tutkijoita, alueellisia ja kansallisia asiakirja-aineistoja. (n=60).</p> <p>Poikkileikkaustutkimus.</p>	Southern Regional Quality Improvement Center for Child Protection (SR QIC) tavoit- teena oli näyttöön perustuvan toiminnan soveltaminen ja arvioiminen lastensuojelus- sa. Toiminnan eräänä osa-alueena oli yli- opistojen ja käytännön toimijoiden yhteistyön kehittäminen ja pysyvän uudistuksen ai- kaansaaminen järjestelmässä. Yhteistyössä keskeistä oli avoin ja jatkuva vuorovaikutus, kapasiteetin rakentaminen, jaettu vastuu ja päättöksenteko. Kehittämistoiminnassa sovellettiin mm. learning laboratory - menetelmää. Kehittämiskohteen määrittelyn jälkeen etsittiin aiheesta tutkittua tietoa, jota pyrittiin soveltamaan tutkijoiden ja toimijoi- den välisen yhteistyön avulla näyttöön pe- rustuvaksi toimintatavaksi käytäntöön.	Lastensuoje- lun kehittä- mistarpeet	Lastensuojelun kehittämistarpeita oli useita, ja ne olivat erilaisia eri alueilla ja eri tiedonantajien näkökulmasta. Kaikille yhteinen kehittämiskohde oli työnohjaus henkilös- tön vaihtuvuuden ehkäisemiseksi.	Heikko  Yhteistyötä kuvataan intervention eri toimijoi- den välillä sekä tavoit- teena, että sisältönä
<b>6.</b> Croom & Proc- ter (18)  2005	NewCan viitekeh- yksen kehittäminen	<p>Laadullinen tutkimus. Toimintatutkimus. Fo- kusryhmähaastattelut. Osallistujat: eri alojen edustajia (n=30 mm. terveydenhoitajia, opet- tajia, sosiaalityöntekijöi- tä, psykiatri, lastensuoje- lun edustaja), sekä vanhempia (n=50) joiden lapsella oli päivittäistä toimintaa häiritseviä käyttäytymiseen liittyviä ongelmia.</p>	NewCan-viitekeh- yksen tarkoituksena oli edistää moniammatillista yhteistyötä, lasten käytöshäiriöiden varhaista tunnistamista, puuttumista, hoitoa ja arviointia. Viitekehys auttoi työntekijöitä identifioimaan ja yhdistä- mään yksilön ja perheen tarpeita parhaiten vastaavat moniammatilliset palvelut	Eri ammatti- kuntien edustajien kokemuksia, vanhempien kokemuksia	Vanhemmat kokivat tarvetta tulla kuul- luiksi, saada tietoa ja osallistua palvelu- tarpeen arviointiin sekä päättöksente- koon. Yhteinen kieli ja yhtenevä hoidon arviointi vanhempien ja palveluntuottajien välillä koettiin tär- keänä.	Heikko  Yhteistyö intervention tavoitteena, liittyy palve- lujärjestel- män ja vanhempien väliseen yhteistyöhön

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
7. Danvers ym. (20)  Iso- Britan- nia  2003	Vakavasti sairaille lapsille ja heidän perheilleen tarkoitetun palvelun (The Diana Service in Leicestershire) vastaaminen perheiden tarpeisiin ja palvelulle asetettuihin tavoitteitteisiin.  Palvelun kehittämistarpeet.	Laadullisen ja määrällisen menetelmän trian- gulaatio. Ei koe- kontrolliasetelmaa. Kyselyt ja haastattelu, sekä asiakirja-aineisto. Mittari: ei standardoitu.  Osallistujat: lapsia (n=3) ja vanhempia (n= 24), joilla oli kokemusta palveluntuottajasta, sekä henkilökuntaa (n=93) palveluntuottajan eri sektoreilta  Poikkileikkaustutkimus	The Diana Service in Leicestershire on järjestö joka pyrkii tuottamaan kokonaisvaltaista, moniammatillista ja kattavaa palvelua vakavasti sairaille lapsille ja heidän perheilleen.	Ei raportoida artikkelissa	Vanhemmat arvioivat palvelun tärkeäksi. Työntekijöiden aineistosta nostettiin esiin seuraavat kokonaisuudet: kommunikaatio, verkostoituminen, dokumentointi, tukipalvelut, roolit ja yhteistyö, työtyytyväisyys ja kehittämis- ja koulutustarpeita.	Laadullisen tutkimuksen taso keskin- kertainen, määrällisen taso heikko  Interventio sisälsi yhteistyötä asiakkaan ja työntekijän ja moniammatillisen tiimin välillä
8. Drolet ym. (23)  Canada  2006	Vanhempien ja koulun kokemukset yhteistyöstä ja sosiaalityöntekijän roolia yhteistyön edistäjänä ja ylläpitäjänä koulukiusaamiseen liittyvässä toimintamenettelyssä	Laadullinen tutkimus. Haastattelu.  Osallistujat: vanhempia (n=60), joiden lapset (ikä 3–9 vuotta) olivat olleet osallisina koulukiusaamisessa.  Poikkileikkaustutkimus. Tiedonkeruujankohhta 2000–2002.	Safe School Act ja Code of Conduct olivat säädöksiä, jotka ohjasivat koulukiusaamiseen liittyviä menettelyitä, yhteneväisiä toimintatapoja ja velvoittivat yhteistyöhön vanhempien kanssa kiusaamistapausten käsittelyssä.	Vanhempien kokemus yhteistyöstä koulun kanssa liittyen lapsen koulu- kusaamiseen.	Vanhemmat osallistuivat joko aktiivisesti tai passiivisesti yhteistyöhön. Sosiaalityöntekijän roolia kiusaamistilanteissa oli mm. perhekeskisyiden tukijana, opettajan ja rehtorin yhteistyökumppanina ja muiden palveluiden koordinojana.	Keskitaso  Yhteistyö palvelun tuottaja ja asiakkaan välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>9.</b> Dumbrill (26)  Kanada  2006	Tutkia miten perheet kokevat Ontarion uuteen lastensuojelujärjestelmään liittyvät interventiot	<p>Laadullinen menetelmä. Grounded teoria - lähestymistapa. Syvähaastattelu ja vertaisarvio.</p> <p>Osallistujat: vanhempia (n=18), jotka olivat osallistuneet Ontarion lastensuojelujärjestelmän uudistuksen jälkeisiin lastensuojeluinterventioihin.</p> <p>Poikkileikkaustutkimus.</p>	Ontarion uuden lastensuojelujärjestelmän aikana oli otettu käyttöön standardoitu riskinarviointimalli, joka oli painottanut riskien vähentämistä, mutta vähentänyt ennaltaehkäiseviä ja perheen tukemiseen liittyviä toimintoja. Tarkempaa kuvausta uudistuksen jälkeisistä työtapoista eikä yksittäisten interventioiden sisällöistä ollut kuvattu.	Vanhempien kokemus ja kertomus lastensuojeluun liittyvistä interventioista	Vanhemmilla oli kolme erilaista tapaa vastata interventioihin: 1. vastustus, 2. näennäinen yhteistyö ja 3. aito yhteistyö. Koetulla voimasuhteella oli vaikutusta tapaan, jolla vanhemmat vastasivat interventioihin. Alisteisissa työntekijä-vanhempi suhteissa vastustus ja näennäinen yhteistyö oli yleisempää kuin tasavertaisissa suhteissa.	<p>Keskitaso</p> <p>Yhteistyön kuvausta asiakkaan ja työntekijän välillä</p>
<b>10.</b> Dunlop & Ho- losko (27)  Kanada  2004	Kansallisella tasolla asetetun terveys-, sosiaali- ja koulutusalojen yhteistyöuudistuksen toteutuminen alueellisesti.	<p>Laadullinen tutkimus. Haastattelu.</p> <p>Osallistujat: ylimmän tason johtajia (n=22), joiden vastuualueena oli terveys-, sosiaali- ja koulutusalojen yhteistyöuudistuksen toteutuminen aluetasolla.</p> <p>Poikkileikkaustutkimus</p>	Kansallisen tason uudistus, jonka tavoitteena oli terveys-, sosiaali-, ja koulutusalojen välinen yhteistyö.	Yhteistoinnin laajuus ja laatu	Aikaisempi yhteistyö eri toimijoiden välillä, henkilökohtaiset suhteet kuten avoin vuorovaikutus, vapaamuotoisuus ja ongelmien ratkaiseminen olivat onnistunutta yhteistyötä selittäviä tekijöitä.	<p>Keskitaso</p> <p>Moniammatillisen toimijan väliseen yhteistyöhön liittyvä</p>

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
11. Emshoff ym. (28)  USA  2007	Yhteisön taustateki- jöiden ja yhteistöpiir- teiden yhteys yhteis- työtä tekevien ryh- mien menestykseen muuttaa järjestel- mää. Järjestelmän muutoksen yhteys lapsille ja perheille tarjottujen palvelujen muuttumiseen.	Kvasikokeellinen tutki- mus. Kysely. Mittari: ei standardoitu.  Osallistujat: yhteistyötä tekevien ryhmien henki- löstöä (n= ei selkeästi raportoitu)  Seuranta-aika 3 v	Yhteistyöryhmät koostuivat erilaisista lapsi- ja perhepalveluiden asiantuntijoista ja toimi- joista (mm. terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottajia, valittuja virkamiehiä, talousjohtajia, kirkollisia toimijoita, paikallisia päätöksente- kijöitä). Yhteistyöryhmät tuottivat omia tavoit- teitaan, laativat toimintaohjelmia, ohjasivat varoja ja vastasivat omalta osaltaan lasten ja perheiden hyvinvoinnista toiminta- alueellaan. Osavaltio myönsi yhteistyöryh- mille rahoitusta mm. henkilöstökuluihin.	Yhteistyön luonne ja prosessi, järjestelmän muutos, yhteistyö- ryhmien toteuttamat ohjelmat ja toiminta, toimintaym- päristö	Yhteistyöryhmä sai aikaan suurimmat muutokset järjestel- mään ensimmäisten vuosien aikana. Ryhmän yleinen toiminta-aktiiviteetti ja puheenjohtajan pysyvyys vaikuttivat sen kykyyn muuttaa järjestelmää. Yhteis- työryhmä sai aikaan merkityksellisiä muutoksia lasten ja perheiden palvelu- järjestelmissä.	Hyvä  Moniamma- tillisen tiimin välinen yhteistyö
12.. Epstein (29)  USA  2005	Comprehensive School Reform (CSR) oh- jelman soveltaminen kouluun.	Tapaustutkimus. Haas- tattelu, testi, sisällön analyysi asiakirja- aineistoista, vapaamu- toinen keskustelu. Osal- listujat: koulu (opettajia, rehtori, yhteistyöryhmät).  Seuranta-aika kolme vuotta (mittaukset luku- kauden alussa ja lopus- sa, sekä prosessin arviointia säännöllisesti seuranta-aikana).	Koulukohtaisilla toimintatavoilla pyrittiin edistämään oppimista ja oppilaiden kehitty- mistä. Ohjelman mukaisia interventioita rahoitettiin valtion taholta ja rahoitettavat ohjelmat päätettiin alueellisesti (rahoitusai- ka yleensä kolme vuotta). Koulut saivat ohjel- man toteutuksen tueksi mm. opettajien ja muun henkilökunnan koulutusta, asiantunti- jakonsultaatiota sekä kirjallista ja verkkope- rusteista materiaalia. Ohjelmissa korostui koulun, vanhempien ja yhteisön eri toimijoi- den välinen yhteistyö. Ohjelman soveltami- sessa korostui täsmällisyys, jatkuvuus, johtajuus, valta ja pysyvyys.	Ohjelman soveltami- nen (täsmäl- lisyys, jatku- vuus, johta- minen, valta ja pysyvyys), vanhempien ja yhteisön osallistumi- nen, lapsen suoriutumisen ja käyt- törytminen	Tutkimukseen osal- listuvassa koulussa ohjelman soveltami- nen toteutui hyvin, vanhempien ja yhteis- sön osallisuus kou- lussa lisääntyi ja ohjelmalla nähtiin olevan myönteistä vaikutusta myös lasten suoriutumiseen ja käytökseen.	Heikko  Yhteistyötä kuvataan koulun ja vanhempien sekä yhteis- sön välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>13.</b> Gibb ym. (38)  Iso- Britan- nia (Eng- lanti)  2007	Erityis- ja normaali- koulun välinen yhteistyömalli erityis- tä tukea tarvitsevan lapsen siirtyessä erityiskoulusta nor- maalikouluun.	Laadullinen tutkimus. Haastattelu ja kysely. Mittari: Social Inclusion Survey. Osallistujat: opettajia (n=5) ja koulu- avustajia (n=6) normaali- koulusta, sekä henkilö- kuntaa (n=5) erityiskou- lusta. Lisäksi haastateltiin normaalikoulun oppilaita (n= ei raportoi- tu)  Poikkileikkaustutkimus	Yhteistyömallissa erityiskoulusta normaali- kouluun siirtyvä lapsi osallistui siirtymävai- heen ohjelmaan, jossa lapselle nimettiin siirtymävaiheen "omahoitaja" (keyworker). Yksityiskohtaista kuvausta yhteistyömallista ei raportoida.	Henkilökun- nan ja oppi- laiden koke- mukset liitty- en erityistä tukea tarvit- sevien las- ten siirtymi- seen erityis- koulusta normaali- kouluun	Onnistunutta siirty- mistä erityiskoulusta normaalikouluun edisti omahoitajan tarjoama konkreetti- nen tuki ja opetus, ohjaus normaalikou- lun henkilökunnalle, säännölliset yhtey- denotot ja tapaami- set, saatavuus ja tuen jatkuvuus. Tutkimus tuotti mallin erityistä tukea tarvitsevien lasten siirtymävaiheeseen erityiskoulusta nor- maalikouluun.	Keskitaso  Kuvaa työntekijä /työntekijä välistä yhteistyötä
<b>14.</b> Harker ym. (43)  Iso- Britan- nia (Eng- lanti)  2004	Huostaan otettujen lasten (Look After Children) koulutuk- sessa työskentelevi- en toimijoiden yh- teistyö	Laadullinen tutkimus. Haastattelu.  Osallistujat: toimijoita (n=29), jotka osallistuvat Taking Care of Educati- on projektiin.  Seuranta-aika 1,5 vuotta (seurantamittaukset 6 kk välein)	Taking Care of Education projekti tarjosi tukea huostaan otettujen lasten koulutuksen tukemiseen. Projektin arvioinnissa tarkastel- tiin paikallisten toimijoiden yhteistyökäytän- teitä, yhteistyökäytänteiden vaikuttavuutta ja projektin vaikutusta huostaan otettujen lasten koulutukseen. Yhteistyömuotoina olivat mm. sosiaalityöntekijän ja opettajan yhteistyönä laadittu lapsikohtainen opinto- suunnitelma ja yhteisiä koulutuksia.	Toimijoiden kokemus eri toimijoiden välisen yhteistyön vaikutuksis- ta, sekä yhteistyötä edistävästä ja ehkäise- västä tekijöis- tä.	Yhteistyötä edisti siihen sitoutuminen, yhteisten tavoittei- den asettaminen, toimintamallien luominen ja arviointi, kirjatut yhteistyöhön liittyvät ohjeet ja suositukset. Yhteiset tapaamiset, tehokas kommunikaatio ja hallinnon tuki tukivat sitoutumista.	Heikko  Yhteistyö eri ammatti- ryhmien ja toimijoiden välillä



Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>15.</b> Hutinger & Johanson (48)  USA  2000	Tietoteknologian käyttöönotto ja soveltaminen koulujen arkitodellisuudessa	Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen triangulaatio. Havainnointi, haastattelu, sisällön analyysi asiakirja-aineistosta, kriittisten tapahtumien kirjatukset, narratiivit, fokusryhmä. Mittarit: Diagnostic Inventory of Early Development, Behaviour Interaction Tool, A Technology Self-Assessment for Special Education Professors, ei standardoituja mittareita. Osallistujat: lapset, perheet, työntekijät (n ei raportoitu). Seuranta 3 v	Early Childhood Comprehensive Technology System (ECCTS) -projektin tavoitteena oli tukea uuden teknologian käyttöönottoa ja soveltamista. Projekti sisälsi teknologiaan liittyvää yksilö- ja ryhmäkoulutusta, tukea opettajille, vanhemmille ja lapsille (ml. kehitysvammaiset lapset), paikan päällä toimivan teknologian tukitiimin, teknologian integroimista normaaliin opetussuunnitelmaan, sekä muita toimia, joilla pyrittiin teknologian käytön edistämiseen julkisissa päivähoido- yms. palveluissa. Projektin aikana myös uusittiin atk-laitteistoja.	ECCTS projektin vaikutus lapseen, työntekijöihin, teknologian käyttöönottoa edistävät tekijät, teknologian käytön jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät.	Projekti vaikutti myönteisesti teknologian käyttöönottoon, soveltamiseen ja käytön jatkuvuuteen. Interventiolla oli myönteistä vaikutusta lapseen ja vanhempiin, henkilökunnan teknologiaan liittyvään osaamiseen. Lisäksi tulokset osoittivat tukitiimin tarpeellisuuden sekä tekijöitä, jotka tukevat teknologian käyttöä.	Heikko  Interventio sisältää yhteistyötä
<b>16.</b> Iversen ym. (50)  2003	Varhaisen intervention (early intervention) palvelun tuottajien ja asiakkaiden kokemukset perhekeskeisen palvelun vaikuttavuudesta ja yhteistyöstä.	Kvasikokeellinen tutkimus. Kysely. Mittarit: Project Dakota arviointimittari, sekä ei standardoitu mittari. Osallistujat: varhaisen intervention tuottajia (n=11) ja asiakkaita (n=18).	Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) ohjasi kehitysvammaisille lapsille suunnattuja palveluita toimimaan perhekeskeisesti ja tukemaan perheiden osallistumista lapsen hoitoon. Varhainen interventio (Early Intervention) oli palvelukokonaisuus kehitysvammaisille lapsille, johon kuului fysio-, toiminta- ja puheterapiaa sekä opetukseen liittyviä toimintoja.	Asiakkaiden ja palvelun tarjoajien kokemukset palvelun vaikutuksesta ja yhteistyöstä.	Palveluun ja yhteistyöhön oltiin melko tyytyväisiä. Tyytyväisyys liittyi ohjaukseen, tavoitteiden asettamiseen, kurinpitotavoitteisiin ja rajojen asettamiseen. Perheen kanssa työskentely oli haastavaa ja siihen tarvittiin tukea	Heikko  Kuvaa yhteistyötä asiakkaan ja työntekijän välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
17. Jones ym.(51)  2003	Kansalaisista koostuvan arviointipaneelin (Citizen review Panel, CRP) arvoa ja rooli jäsen-ten ja lastensuojelutyöntekijöiden näkökulmasta	Kvasikokeellinen tutkimus. Kysely. Mittari: ei standardoitu. Osallistujat: arviointipaneelin jäseniä (n=24) ja lastensuojelun työntekijöitä ja johtajia (n=58).  Poikkileikkaustutkimus.	Kansallinen säädös edellytti, että lastensuojeluorganisaatioille oli asetettu kansalaisarviointipaneeli (Citizen Review Panel, CRP). Taustalla oli pyrkimys kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen ja kansalaisten ja järjestelmän välisen yhteistyön lisääminen lasten hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä. Paneeli koostui vapaaehtoisista kansalaisista. Paneelin tarkoituksena oli arvioida oman alueen lastensuojelujärjestelmää ja tehdä järjestelmään liittyviä kehittämissuhteita	Näkemykset kansalaisista koostuvan arviointipaneelist	Paneelin osallistujilla ja lastensuojelun työntekijöillä oli erilainen näkemys paneelin arvosta ja roolista. Tärkein tekijä, joka edisti paneelin arvoa ja roolia oli osallistujien tarkoituksenmukainen koulutus	Heikko  Yhteistyötä kuvataan kansalaisten ja järjestelmän välillä.
18. Jones (52)  USA  2004	Kansalaisarviointipaneelin (Citizen Review Panel, CRP) toiminnan tehokkuuteen liittyvät tekijät.	Kvasikokeellinen tutkimus. Kysely. Mittarit: ei standardoitu.  Osallistujat: kansalaisarviointipaneelitoiminnan koordinoija eri osavaltioista (n=10).  Poikkileikkaustutkimus.	Kansallinen säädös edellytti, että lastensuojeluorganisaatioille oli asetettu kansalaisarviointipaneeli. Taustalla oli pyrkimys kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen ja kansalaisten ja järjestelmän välisen yhteistyön lisääminen lasten hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä. Paneeli koostui vapaaehtoisista kansalaisista. Paneelin tarkoituksena oli arvioida oman alueen lastensuojelujärjestelmää ja tehdä järjestelmään liittyviä kehittämissuhteita.	Arviointipaneelin toimintaa koordinoivan henkilön näkemys paneelin toimintaprosessin ja toiminnan tuloksen vaikutuksesta	Kansalaisten arviointipaneelin toimintatavahokkuuteen vaikutti myönteisesti tehokas kommunikaatio, tietoisuus rooleista ja rajoitteista, yhteistyö eri toimijoiden välillä ja realistiset tavoitteet. Toimintaa haittaavia tekijöitä olivat epäluottamus, aikarajoitteet, epäselvät roolit ja heikko kommunikaatio.	Keskitaso  Yhteistyö kansalaisten ja järjestelmän välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
19. Kruske ym. (56)  Austra- lia  2006	Perheiden terveyden tukemiseen "erikoistuneen" hoitajan toiminta sekä siihen yhteydessä olevat tekijät.	Laadullinen tutkimus, etnografinen lähestymistapa. Haastattelu, havainnointi, asiakirja-aineisto ja muu kirjallinen materiaali.  Osallistujat: lasten ja perheiden terveyden tukemiseen erikoistuneita hoitajia (n=33)  Poikkileikkaustutkimus	Alueellinen FamilyFirst -aloite, joka korosti lasten ja perheiden palveluiden tuottajien työskentelyä yhteistyössä perheen kanssa.	Asiakirjojen merkitys palvelujärjestelmään ja hoitajien työvoimaan, hoitajien rooli, tekijät jotka vaikuttavat hoitajien kykyyn tehokkaasti toteuttaa perhekeskeistä toimintatapaa.	Huolimatta FamilyFirst -aloitteesta, hoitajat pääsääntöisesti työskentelivät työntekijälähtöisesti. Tarkoituksenmukainen resurssointi, johtamisjärjestelmä ja organisaatiorakenne sekä terveydenhuoltojärjestelmän tuki ilmoitettiin keskeisiksi hoitajan ja perheen yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi.	Heikko  Vanhempien ja työntekijän välinen yhteistyö
20. Luten- bacher ym. (60)  USA  2005	Erityistä tukea tarvitsevien lasten perheiden palvelun tarve ja haasteet.	Laadullinen tutkimus. Fokusryhmähaastattelu. Mittarit: ei strukturoituja  Osallistujat: erityistä tukea tarvitsevien lasten vanhempia ja hoitajia (n=37)  Poikkileikkaustutkimus	USA:ssa kansallisen tason terveydenhuollose asetetuissa tavoitteissa on asiakkaiden ja palvelun tuottajien välisen yhteistyön lisääminen. Erityistä tukea tarvitsevien lasten palveluille oli asetettu kuusi laatukriteeriä: perheiden osallisuus päätöksenteossa ja tyytyväisyys tuotettuihin palveluihin, koordinoitu, kokonaisvaltainen hoito, vakuutusturva, varhainen erityistarpeen tunnistaminen ja hoitoonohjaus, palveluiden saatavuus ja siirtymävaiheen tukeminen.	Perheiden terveyspalveluiden tarve ja kokemukset	Fokusryhmähaastatteluista nousi keskeisiksi teemoiksi perheen tuen tarve, varhainen puuttumisen/koulujärjestelmä, hoidon koordinointi, tiedon puute, tuottaja/asiakas yhteistyö ja vanhemman rooli. Yhteistyössä palvelun tuottajien ja asiakkaiden välillä oli puutteellista.	Heikko  Yhteystö asiakkaan ja palvelun tuottajan välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>21.</b> Manalo (62)  USA 2008	Perheiden tukemi- seen liittyvän ohjel- man toteutuminen laajassa yhteistyö- verkostossa (verkos- tossa 60 erilaista toimijaa). Jäsenten käsitykset verkoston keskeisistä toimintaa ohjaavista peri- aatteista, periaattei- den siirtymisestä palveluiden tuotta- miseen ja haasteista ohjelman soveltami- sessa.	Laadullinen tutkimus. Fokusryhmä haastattelut  Osallistujat: Yhteistyö- verkoston jäseniä (n=40, mm. ohjaajia, johtajia ja perhetyön tekijöitä) eri palveluntuottajaorgani- saatioista (n=23)	Yhteistyöverkosto koostui erilaisista perhe- palveluita tuottavista organisaatioista ja toimijoista. Verkoston jäsenet jakoivat tietoa, voimavaroja ja muodostivat uusia yhteyksiä verkoston ulkopuolisiin toimijoihin. Yhteis- työverkoston toimintaa tai toiminnan sisältöjä ei raportoitu yksityiskohtaisesti.	Perheiden tukitoimintaa ohjaavat lähtökohdat, muutos palvelujen tarjonnassa, toiminnan esteet	Keskeiset toimintaa ohjaavat periaatteet olivat yhteistyö, toimijoiden välinen vuorovaikutus, perhetukipalveluiden saatavuus ja perhei- den voimavarais- tuminen. Yhteistyö- verkosto paransi perheiden tukipalve- luita sekä omaa ja organisaation toi- mintaa. Verkos- totoiminnan haas- teina olivat rahoi- tuksen epävarmuus ja organisaation heikko sitoutuminen.	Hyvä  Moniamma- tillisen tiimin välinen yhteistyö
<b>22.</b> Mitchell & Slo- per (64)  Iso- Britan- nia  2008	Integrated Chil- dren's System (ICS) -tietojärjestelmän sopivuus kehitys- vammaisten lasten ja heidän per- heidensä hoidossa.	Laadullinen tutkimus. Haastatelu ja kysely.  Osallistujat: perheitä (n=22) sekä sosiaali- työntekijöitä (n=16).	Integrated Children's System (ICS) - ohjelman tavoitteena oli luoda edellytyksiä hoidon tarpeen ja seurannan arviointiin. Yhtenäinen, kattava, vaikuttava järjestelmä, jossa käytetyt käsitteet olivat kaikkien hoi- toon osallistuvien ymmärrettävissä. Ohjelma on suunniteltu soveltuvaksi kaikille lapsiryh- mille hoidon tarpeesta riippumatta.	Tieto ja kokemus ohjelmasta ja sen sovel- tuvuudesta kehitys- vammaisten lasten ja heidän perheidensä hoitoon.	ICS-ohjelmaan liittyi yleisiä strukturoitua tiedonkeruseen liittyviä ongelmia. Lisäksi ohjelman soveltuvuuteen, käyttökelpoisuuteen ja herkkyyteen erityisesti kehitys- vammaisten lasten hoitoon liittyi ongel- mia tai kysymyksiä.	Heikko  Intervention tavoitteena on yhteistyö työntekijöi- den välillä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>23.</b> Moran ym. (66)  Iso- Britan- nia  2007	Sosiaalityöntekijän kokemukset työ- kentelystä eri toimi- joista koostuvassa perheiden tukemi- seen liittyvässä varhaisen puuttumi- sen yhteistyötiimissä	<p>Laadullinen tutkimus.  Haastattelu ja fokusryh-  mä keskustelu.</p> <p>Osallistujat: yhteistyö-  tiimin jäseniä (n=26  työntekijää ja johtajaa),  ryhmän ulkopuolinen,  toiseen lasten sosiaali-  palveluiden tiimiin kuu-  luva johtaja (n=1), edus-  tajia muista organisaati-  oista (n=2).</p> <p>Seuranta-aika yksi vuosi</p>	Tiimin tavoitteena oli Child Act -lakiin perus- tuen tarjota laaja-alaista tukea lapsille ja perheille, jotta välttyttäisiin lakiin perustuvilta toimilta. Tiimit käyttivät erilaisia toimintamuo- toja, kuten eri ammattiryhmien työskentely fyysisesti samassa tilassa, osa-aikainen työskentely samoissa tiloissa tai yhteiset tapaamiset. Tiimeissä toimi mm. sosiaali-, päihde-, kasvatus- ja koulutusalan asiantun- tijoita.	Tiimityöhön liittyvät haasteet ja edut. Hy- vään käytän- töön liittyvät viestit, jotka voivat auttaa muita toimi- joita kehit- tämään tiimityötä	Tiimityötä tukivat selkeät ohjeistukset protokollat ja toimin- tamallit, ammatilli- nen identiteetti, henkilökohtainen kehittyminen, moni- puolinen kommuni- kaatio, resurssien ja palveluiden tarkoi- tuksenmukaisuus. Tiimityö paransi keskinäistä kunnioi- tusta, vuorovaikutus- ta ja ymmärrystä lastensuojelutyöstä sekä nopeutti hoi- toonohjausta.	Keskitaso  Moniamma- tillisen tiimin yhteistyöhön liittyvä
<b>24.</b> Nichol- son ym. (68)  Kanada  2000	Moniammatillisten yhteistyöorganisaatioiden tarkoitus, prosessit ja tulokset	<p>Laadullinen tutkimus.  Haastattelu ja havain-  nointi. Osallistujat: edus-  tajia kahdesta organi-  saatiosta (mm. opettaja,  sairaanhoitaja, lääkäri,  nuoriso-ohjaaja, psyko-  logi, sosiaalityöntekijä,  fysioterapeutti, puhete-  rapeutti), sekä palvelun  piirissä olevia asiakkaita.</p> <p>Poikkileikkaustutkimus</p>	Tutkimuksessa oli mukana kuusi erilaista yhteistyökäytännettä. Käytänteet liittyivät esikoulu-, lasten ja perheiden laitos-, sekä tukipalveluihin. Yksityiskohtaista kuvausta käytänteistä ei raportoitu.	Palvelun- tuottajien ja - käyttäjien kokemukset	Sama yhteistyömalli ei sopinut kaikkiin tilanteisiin. Malli riippui työn konteks- tista, tavoitteista ja organisaatoraken- teesta. Yhteistyötä edisti sama fyysinen tila, mahdollisuus vapaaseen ja muo- dolliseen vuorovai- kutukseen, sekä organisaation tuki.	Keskitaso  Moniamma- tilliseen yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>25.</b> O'Brien ym. (69)  Iso- Britan- nia  2006	Lasten palvelui- den "pathfinders" toimintojen toteutu- minen ja vaikutukset	Laadullisen- ja määrälli- sen tutkimuksen triangulaatio. Kysely ja haastattelu. Mittarit: ei standardeoituja. Osallistujat: "pathfinder" (n=35) säätiöiden/rahastojen johtajia ja eri lasten palveluiden kanssa läheisesti toimivien lakimääräisten organisaatioiden (esim. opetus-, terveys-, sosiaaliala) edustajia (n=107).  Poikkileikkaustutkimus	Lasten palveluiden kansallisen tason uudistus, jonka tavoitteena oli yhtenäistää ja tuottaa moniammatilliseen yhteistyöhön perustuvia lapsi- ja perhepalveluita, johti lasten palvelujärjestelmien suunnittelijoiden "pathfinders" (n=35) asettamiseen. Näiden säätiöiden/rahastojen/toimijoiden tarkoituksena on suunnitella ja aikaansaada uudistuksen mukaisia moniammatillisia yhteistyöjärjestelmiä ja yhtenäistää lasten palvelujärjestelmiä.	Lasten palveluiden "pathfinders" toimintaprosessin toteutuminen	Palvelujärjestelmäsuunnittelijat vastasivat heille asetettuihin tavoitteisiin ja heillä oli vahva sitoutuminen yhteistyöhön. Moniammatillisen ja yhtenäisen palvelujärjestelmän soveltaminen käytäntöön oli keskeistä. Hallinnollisella ja strategisella tasolla muutoksia oli toimeenpantu, mutta käytännön uudistukset olivat alkuvaiheessa	Keskitaso  Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvä
<b>26.</b> Peart & Bryant (71)  USA  2000	Vanhempien osallisuus Smart Start ohjelmassa. Yhteistyötä edistävät ja ehkäisevät rakenteet ja tekijät.	Laadullinen tutkimus. Haastattelu. Osallistujat: SmartStart-toimikuntien edustajia, kuten vanhempia (n=3), "business" edustajia (n=2), SmartStart "county officials" (n=4), palveluntuottajia (n=10), sekä toimikunnan ulkopuolisia tiedonantajia (n=4)  Seuranta-aika 2 vuotta	SmartStart-ohjelma tuotti erilaisia lasten ja perheiden hyvinvointipalveluita, kuten toimeentuloapua vähävaraisille ja kodittomille, lasten hoidon kehittämiseen ja lasten terveyden seurantaa liittyviä toimia, sekä vanhempien opetusohjelmia. Ohjelman paikallisesta toiminnasta ja toteutettavista palveluista päätti paikallinen toimikunta, johon kuului mm. vanhempia, "business" edustajia, palvelun tuottajia, sekä Smart Start-ohjelman edustajia.	Yhteistyösuhteen sisältö ja toteutuminen	Vanhempien osallistuminen toimikuntiin oli tärkeää. Osallisuutta ehkäisi toimikunnan jakautuminen ammattilaisiin ja vanhempiin, vanhempien suhteellisesti pieni määrä, kokemus todellisen vallan ja virallisen aseman puuttumisesta.	Hyvä  Vanhempien ja moniammatillisen verkoston väliseen yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>27.</b> Ryan ym.(76)  USA  2001	Yhteistyötä edistävät ja ehkäisevät tekijät	Laadullinen tutkimus, Haastattelu.  Osallistujat: edustajia (n=36) jotka olivat saaneet FamilyStability-Funds (FSIF) rahoitusta.  Seuranta-aika kaksi vuotta	FamilyStabilityFunds (FSIF) tavoitteena oli edistää huostaanotettujen lasten sijoittumista takaisin omiin perheisiin. Ohjelma kannusti palvelun tuottajia yhteistyöhön tavoitteen saavuttamiseksi ja moniongelmaisten lasten auttamiseksi.	Prosessiin, järjestelmään tai toimintamalliin liittyvät tekijät, jotka ehkäisevät ja edistävät muutosta	Yhteistyömallin toteuttamista edisti resurssien saatavuus, rahoituksen joustavuus, yhteistyötä tukeva organisaatiomalli, toimijoiden avoimuus ja sitoutuminen sekä johdon kannustus. Ehkäiseviä tekijöitä olivat resurssien heikko saatavuus, epäselvät toimintamallit, epäselvyys kohderyhmästä, toimijoiden erilaiset taustafilosofiat ja kilpailevat aika- ja rahoitus vaatimukset.	Heikko  Moniammatilliseen tiimiin liittyvä yhteistyö
<b>28.</b> Saaren-Seppälä (77)  Suomi  2004	Lasten ja perheiden palveluihin liittyvä yhteistoiminta ja hoitosopimuksen tuomat mahdollisuudet yhteistyössä	Laadullinen tutkimus. Toimintatutkimus. Haastattelu, videointi, asiakirja-aineisto. Osallistujat: astmaa ja allergiaa sairastavia lapsia (n=16), heidän vanhempiaan, lääkäreitä ja hoitajia. Seuranta-aika noin kaksi vuotta.	Hoitosopimuksen tavoitteena oli parantaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Tarkoituksena oli että lapsen ja perheen hoitoon osallistuvat toimijat pystyisivät nimeämään toisensa, sopimaan yhteisistä toimintatavoista, työnjosta ja vastuualueista.	Hoidon jatkuvuus, verkottuminen ja hoito- ketjut tiedonkulun, vastuun ja luottamuksen näkökulmasta.	Vastuu osoittautui yhteistoimijuudessa epäselväksi. Hoitosopimus yhtenäisti käsitystä vastuusta, lisäsi tiedonvälitystä ja vastavuoroisuutta, sekä tuotti uudenlaisia valtasuhteita	Hyvä  Moniammatillisen tiimin/organisaation yhteistyöhön liittyvä

Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuut- tajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>29.</b> Uludag (85)  USA  2008	Opettajaopiskelijoi- den mielipiteet ja valmiudet tukea vanhempien osalli- suutta lapsen kou- lunkäynnissä	Laadullisen ja määrälli- sen tutkimuksen triangu- laatio. Kysely ja haastat- telu. Mittarit: Parental involvement question- naire (mukaeltu versio), ei standardoitu mittari.  Osallistujat: opettaja- opiskelijoita (n=233)	No Child Left Behind (NCBL) -laki 2001 edellytti huomioimaan vanhempien osalli- suuden osana lapsen opetusta. Lain edelly- tysten toteutuksessa opettajilla oli keskeinen osuus.	Mielipiteet ja valmiudet tukea van- hempien osallisuutta lasten kou- lunkäynnissä, opiskeli- joiden ko- kemus koulutukses- taan ja osallisuus- teen liitty- västä oppi- kurssista.	Opettajan koulutus- ohjelmat, joissa huomioidaan van- hempien osallisuus lasten koulunkäyn- nissä auttavat opet- tajia valmistautu- maan ja omaksu- maan positiivisia mielipiteitä vanhem- pien osallisuudesta lasten koulutukses- sa.	Heikko  Interventio sisältää yhteistyötä
<b>30.</b> Valenti- ne ym. (86)  Austra- lia  2006	FamilyFirst-ohjelman tavoitteiden toteuttamiseen liittyvät kokemukset	Laadullinen tutkimus, tiedonkeruumenetelmien triangulaatio (valmiit dokumentit, haastattelu, kysely, havainnointi, fokusryhmä). Osallistu- jat: mm. ylä- ja keskita- son johtajia, palveluoh- jaajia, kenttätyöntekijöitä ja perheitä kolmelta maantieteellisesti erilai- selta FamilyFirst- alueelta. Poikkileikkaus- tutkimus.	FamilyFirst-ohjelman tavoitteena oli lasten ja perheiden palveluihin liittyvien toimijoiden yhteinen ja integroitu palveluiden suunnitte- lu, tuottaminen ja johtaminen.	Integraatio palveluiden tuottamisen, suunnittelun ja johdon tasolla, integraatiota edistävät ja ehkäisevät tekijät.	Menestykselliseen FamilyFirst-ohjelman mukaisten tavoittei- den toteuttamiseen liittyi monen eri alueen toimijan välinen osallistumi- nen. Yhteneväisyyt- tä lisäsi kattava toiminta, suhteiden luominen, voimaan- tuminen, aika ja resurssit.	Heikko  Moniamma- tilliseen yhteistyöhön liittyvä



Tekijä	Tarkoitus	Asetelma	Interventio	Tulosmuuttajat	Tulokset	Laatu ja yhteistyö
<b>31.</b> Van- Voorhis ym. (87)  USA  2004	Rehtorin rooli koulun, kodin ja yhteisön yhteistyöhön liittyvien interventoiden kehittämisessä ja toteuttamisessa. Yhteistyöhön vaikuttavat tekijät.	Kvasikokeellinen tutkimus. Kysely. Mittari: Networks of Partnership Schools -verkoston arviointiin tarkoitettu UPDATE-kysely.  Osallistujat: vuosina 2000–2002 Networks of Partnership Schools -verkostoon osallistuneita kouluja (n=320)	Networks of Partnership Schools (NNPS) -verkoston tarkoituksena oli tukea kouluja, yhteisöjä ja muita toimijoita kehittämään ja soveltamaan tutkittuun tietoon perustuvia ohjelmia, joilla koulun, kodin ja yhteisön välistä yhteistyötä tuetaan. Verkosto oli avoin kaikille kouluille ja verkoston toimintaa päivitettiin säännöllisesti ja verkostossa toteutettuja hankkeita ja toimintaan liittyviä haasteita arvioitiin vuosittain toteutettavalla kyselyllä. Aktiivisimmat koulut toteuttivat kaikkia kuutta verkoston suosittelemaa yhteistyönmuotoa: vanhemmuuden tukemista, kommunikaation tukemista, vanhempien vapaaehtoistoiminnan hyödyntämistä, kotona tapahtuvan oppimisen tukemista, vanhempien osallisuutta päätöksenteossa ja yhteistyötä yhteisön eri toimijoiden välillä.	Rehtorin rooli, rehtorin yhteistyölle antama tuki, ohjelmien rahoitus ja arviointi, tiimityö	Rehtoreiden sitouttaminen koulun, kodin ja yhteisön välistä yhteistyötä tukeviin interventioihin oli merkityksellistä. Myös tiimityöllä, jatkuvalla tuella ja säännöllisellä arvioinnilla oli merkitystä intervention onnistumiseen.	Keskitaso  Yhteistyö koulun, kodin ja yhteisön välillä

## Liite 8. Interventioiden tilastollinen vaikuttavuus

Tekijä	Interventio	Vaikuttavuus
Agosta ym.2004	Lasten ohjaus sosiaalisen kertonuksen kautta  Lasten verbaalinen ja aineellinen palkitseminen	Ennen interventiota ka 21.2 huutoilannetta (kh 8.5)/ 20 min havainnointijakso. Intervention I vaiheen jälkeen ka 7.4 (kh 4.7) ja II vaiheen jälkeen ka 6.8 (kh 4.7) huutoilannetta. <b>Vaikutus huutoilanteisiin Cohenin d= 2.01, effect size r= 0.71</b>  Ennen interventiota ka 4.8 (kh 2.8) min yhtäjaksoista hiljaa paikallaan oloa/ 20 min havainnointijakso. Interventioin I vaiheen jälkeen ka 9.5 min (kh 4.7) ja II vaiheen jälkeen ka 8.8 min (kh 4.1). <b>Vaikutus yhtäjaksoiseen hiljaa paikallaan oloon Cohenin d= -1.14, effect size r= -0.49</b>
Axberg ym. 2006	Opettajien koulutus  Lapsen ja opettajan välisen vuorovaikutuksen videointi  Moniammatilliset säännölliset yhteistyötapaamiset  Kodin liittäminen osaksi koulun toimintaa	Koeryhmässä lasten ongelmallinen käyttäytyminen väheni intervention jälkeen. Kontrolliryhmässä ei havaittu muutoksia. <b>Vaikutus lapsen käyttäytymiseen koeryhmä CBCL Cohenin d=0.62, effect size r= 0.30, kontrolliryhmä d= -0.01, r= -0.00</b>  <b>Vaikutus opettajan käsitykseen lapsen suoriutumisesta, toimintaan mukautumisesta ja ongelmallisesta käytöksestä koeryhmä TRF Cohenin d= 0.71, effect size r= 0.33</b>  <b>Vaikutus lapsen ADHD -tyyppiseen käyttäytymiseen CTRS Cohenin d= 1.04, effect size r= 0.46</b>
Brookman-Frazee 2004	Perhelähtöinen vanhempien ohjaus	Kumppanuustyöskentelyyn osallistuneet vanhemmat kokivat <b>vähemmän stressiä Cohenin d= -0.82 ja luottamus omiin kykyihin oli parempi d= 0.71</b> kuin työntekijälähtöisessä toiminnassa.  Kumppanuustyöskentelyyn osallistuneilla lapsilla oli <b>positiivisempi mieliala Cohenin d= 0.75, parempi kyky vastavuoroiseen toimintaan ja leikkiin vanhempien sekä toisten lasten kanssa d= 0.62 sekä he olivat sanallisesti aloitteellisempia d= 0.49</b> verrattuna työntekijälähtöiseen toimintaan osallistuneisiin
Bruzzese ym. 2006	Yhteistyöverkoston perustaminen  Opettajien koulutus  Verkoston koulutus  Nimetty koordinaattori  Vanhempien liittäminen osaksi interventiota	Interventoryhmään kuuluneiden hoitajien käyttämä aika keskusteluun oppilaiden, vanhempien ja opettajien kanssa lisääntyi 24.5min/ viikko, kun se kontrolliryhmässä väheni 14.5 min.  Astmalääkkeiden käytössä ei tapahtunut muutosta koe- tai kontrolliryhmässä.  Oireellisten päivien määrässä edellisen 2 viikon (d= -0.08, r= -0.04) tai 6 kuukauden aikana (d= -0.00, r= -0.00) ei ollut eroa koe- ja kontrolliryhmän

		<p>välillä.</p> <p>Yöheräilyssä edellisen 2 viikon (<math>d=0.20</math>, <math>r=0.10</math>) tai 6 kuukauden aikana (<math>d=0.01</math>, <math>r=0.01</math>) ei ollut eroa koe- ja kontrolliryhmien välillä.</p> <p>Sellaisten päivien määrässä, jolloin astma rajoitti toimintaan osallistumista ei ollut eroa edellisen 2 viikon (<math>d=0</math>, <math>r=0</math>) tai 6 kuukauden aikana (<math>d=-0.04</math>, <math>r=-0.02</math>) koe- ja kontrolliryhmien välillä.</p> <p>Koulupoissaoloissa edellisen 2 viikon aikana ei ollut eroja (<math>d=0</math>, <math>r=0</math>) koe- ja kontrolliryhmien välillä.</p> <p>Interventiolla ei myöskään ollut vaikutusta päivystysvastaanotolla tai (<math>d=0.03</math>, <math>r=0.02</math>), ensiavussa käyntiin (<math>d=0</math>, <math>r=0</math>), sairaalajaksoihin (<math>d=-0.21</math>, <math>r=-0.10</math>) tai vanhempien elämänlaatuun (<math>d=0</math>, <math>r=0</math>) viimeisen 12 kuukauden aikana.</p>
Caldera ym. 2007	Vapaaehtoisten pitkäaikaiset kotikäynnit	<p>Lasten mielenterveys (MDI <math>d=0.29</math>) ja käyttäytyminen (CBCL <math>d=0.36</math>) paranivat interventioyhmässä</p> <p>Interventiolla ei juuri ollut vaikutusta lapsen psyykomotoriseen kehitykseen (PDI <math>d=0.19</math>), vanhemman kykyyn vastata lapsen tarpeisiin (NCAST <math>d=0.02</math>), vanhemman luottamukseen omiin tai toihinsa (MSES <math>d=0.19</math>), tyytyväisyyteen vanhempana (<math>d=0.18</math>), lapsen kehitysympäristössä oleviin kasvu- ja kehitystä tukeviin elementteihin (HOME <math>d=0.18</math>), lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen (<math>d=0.15</math>) tai lapsen kaltoinkohdelteluun riskiin (<math>d=0.01</math>)</p> <p>Interventioyhmässä vanhemmilla oli jonkin verran paremmat tiedot lapsen kehityksestä (KIDI <math>d=0.32</math>) sekä asenteet vanhemmuutta kohtaan olivat hieman paremmat (AAPI <math>d=0.25</math>).</p>
Cameron 2000	<p>Virallinen ja epävirallinen, vertaistukeen perustuva auttaminen</p> <p>Säännölliset hoitokontaktit useita kertoja viikossa</p> <p>Asiakkaiden väliset vertaistapaamiset</p> <p>Vapaa-ajan toiminnan järjestäminen</p> <p>Perheiden ohjaaminen palveluiden piiriin</p>	<p>Interventioyhmässä vanhemmat saivat enemmän sosiaalista tukea (ISEL <math>d=0.34</math>, <math>r=0.17</math>) ja koettua stressiä esiintyi hieman vähemmän (PSS <math>d=-0.21</math>, <math>r=-0.10</math>) kuin kontrolliryhmässä.</p> <p>Interventiolla ei juuri ollut vaikutusta vanhempien itsetuntoon (CSEI <math>d=0.16</math>, <math>r=0.08</math>) tai vanhempien asenteisiin (IPA <math>d=-0.06</math>, <math>r=0.08</math>)</p> <p>Lasten sijoituksia viimeisen vuoden aikana oli interventioyhmässä 14 % vähemmän kuin kontrolliryhmässä.</p> <p>Interventioyhmässä yhteydenotot lastensuojelui-</p>

	<p>Asiakkaiden välisten ystävyyssuhteiden muodostumisen tukeminen</p> <p>Asiakkaan vastuunoton lisääminen</p>	<p>ranomaisiin vähenivät 61 % ja kontrolliryhmässä 23 %.</p> <p>Interventioryhmässä 94 % vanhemmista osallistui säännöllisesti vapaa-ajan toimintaan, kontrolliryhmässä 15 %. Vapaaehtoistoimintaan osallistui 76 % vanhemmista interventioryhmässä ja 9 % kontrolliryhmässä. Seurakunnan toimintaan osallistui säännöllisesti 80 % interventioryhmän vanhemmista ja 15 % kontrolliryhmästä.</p> <p>PMAO-mallin tuottama vuosittainen kustannussäästö oli \$420- \$869/ tapaus laskentatavasta riippuen.</p>
Chao Peng-Chiang 2006	<p>Vanhempien opettaminen</p> <p>Vanhempien suorittama lapsen arviointi viikoittain</p> <p>Vanhempien ja asiantuntijoiden säännöllinen tapaaminen</p>	<p>Interventioryhmässä olleiden lasten kielellinen kehitys parani sen kaikilla osa-alueilla merkittävästi kontrolliryhmään verrattuna (TELD-3 <math>d = -0.48 - -0.55</math>, <math>r = -0.23 - -0.26</math>)</p> <p>Interventioryhmään kuuluneiden lasten käyttäytymisongelmien intensiteetti (ECBI <math>d = 0.44</math>, <math>r = 0.21</math>) ja niiden määrä (ECBI <math>d = 0.29</math>, <math>r = 0.14</math>) vähenivät kontrolliryhmään verrattuna.</p>
Drummond ym. 2005	<p>Kirjallinen materiaali</p> <p>Ohjaajan manuaali</p> <p>Perheen manuaali</p> <p>Tapaamisten manuaali</p> <p>Perheen tapaaminen säännöllisesti</p> <p>Kotitehtävät</p>	<p>Ohjelmalla oli vaikutusta vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen. Interventioryhmässä vanhempien aloitteellisuus (esim. ohjeet, kysymykset, lapsen huomion kiinnittäminen) (<math>d = 0.58</math>, <math>r = 0.28</math>) javastaavuus (esim. toistaminen, selventäminen, palkitseminen) lapsen toimintaan (<math>d = -0.54</math>, <math>r = -0.26</math>) paranivat jonkun verran kontrolliryhmään verrattuna.</p> <p>Ohjelmalla ei ollut vaikutusta vanhemman mielenkiintoa (<math>d = -0.10</math>, <math>r = -0.05</math>.) tai leikkiä ylläpitävään toimintaan (<math>d = 0.17</math>, <math>r = 0.09</math>).</p> <p>Interventioryhmään osallistuneilla vanhemmilla oli havainnointiaikana määrällisesti enemmän kontakteja lapseen (<math>d = 1.27</math>, <math>r = 0.54</math>) sekä kontaktin kesto oli pidempi (<math>d = -0.98</math>, <math>r = -0.44</math>) kontrolliryhmään verrattuna.</p>
Duggan ym.	<p>Vapaaehtoisten pitkäaikaiset kotikäynnit</p> <p>Yksilöllinen hoitosuunnitelma</p> <p>Kotikäynnit</p> <p>Raportointi</p> <p>Asiantuntija -tukihenkilöt</p>	<p>Interventiolla ei ollut juurikaan vaikutusta lapsen sairaala- (<math>d = 0.0</math>) tai päivystyskäyntien määrään (<math>d = 0.24</math>).</p> <p>Interventio- ja kontrolliryhmien välillä ei myös esiintynyt merkittäviä eroja psykologisen agression (<math>d = 0.14</math>), lievän (<math>d = 0.18</math>) tai vakavan (<math>d = 0.05</math>) fyysisen kaltoinkohtelun tai varsinaisen pahoinpiteilyn (<math>d = 0.05</math>) esiintymisen suhteen.</p> <p>Interventioryhmässä esiintyi hieman vähemmän</p>

		<p>lapsen ruumiillista kurittamista (<math>d = 0.20</math>) kontrolliryhmään verrattuna. Eroja ei kuitenkaan esiintynyt toisen arvon nujertamisessa (<math>d = 0.14</math>), tavaroiden heittämisessä (<math>d = 0.06</math>), äärimmäisessä fyysisessä kurittamisessa (<math>d = 0.14</math> tai vanhempien asenteissa ruumiillista kurittamista kohtaan (<math>d = 0.06</math>).</p> <p>Ohjelmalla ei ollut myöskään vaikutusta vanhempien depressiiviseen oireiluun (CSD <math>d = 0.14</math>), mielenterveyteen (MHI-5 <math>d = 0.14</math>), vanhemmuuteen liittyvään stressiin (PSI <math>d = 0.28</math>), puolisoiden väliseen henkiseen (<math>d = 0.06</math>) tai fyysiseen väkivaltaan (<math>d = 0.04</math>) tai niistä aiheutuviin vammoihin (<math>d = 0.16</math>).</p> <p>Interventoryhmään kuuluneiden ongelmallinen alkoholin käyttö (CAGE) oli 9% vähäisempää ja huumeiden käyttö 3 % runsaampaa kontrolliryhmään verrattuna.</p>
Fernandez 2004	<p>Kotikäynnit</p> <p>Tuettu asuminen</p> <p>Lastenhoito</p> <p>Laitoshoido</p> <p>Konsultaatioapu</p> <p>Ryhmätyöskentely</p>	<p>Interventio vähensi merkittävästi perheen toiminnassa (fyysinen, sosiaalinen, taloudellinen kasvuympäristö) esiintyvien ongelmien määrää (FAF <math>d = 2.12</math>, <math>r = 0.73</math>). Etenkin suurten ongelmien määrä väheni huomattavasti (FAF <math>d = 0.98</math>, <math>r = 0.44</math>)</p> <p>Vanhempien kokema stressi (PSI/ SF) väheni 26 %</p> <p>Työntekijät kokivat lapsen luottavan heihin huomattavasti enemmän intervention jälkeen (<math>d = -1.00</math>, <math>r = -0.45</math>).</p> <p>Interventio lisäsi myös vanhempien itseluottamusta (<math>d = -1.08</math>, <math>r = -0.47</math>)</p> <p>Vaikutuksia lapseen ei voitu arvioida luotettavasti tilastollisin menetelmin. Kuitenkin suuntaa antavasti voitiin todeta intervention vähentäneen lasten ahdistusoireita (<math>d = 1.00</math>, <math>r = 0.45</math>). Melko tai erittäin onnellisten lasten osuus lisääntyi 21 % ja olonsa turvallisiksi tuntevien lasten osuus lisääntyi intervention myötä 7 % lähtötilanteeseen verrattuna.</p>
Fernandez 2007	<p>Kotikäynnit</p> <p>Vanhempien tukiryhmät</p> <p>Naisten ryhmät</p> <p>Väliaikainen asuminen</p> <p>Väliaikainen kriisihoito</p> <p>Konsultaatio</p> <p>Lapsen hoito</p>	<p>Interventio vähensi vakavien tai melko vakavien ongelmaa seuraavilla osa-alueilla (NCFAS): ympäristö (<math>d = 1.44</math>, <math>r = 0.59</math>), vanhempien kyvyt (<math>d = 0.82</math>, <math>r = 0.59</math>), vuorovaikutus perheessä (<math>d = 1.09</math>, <math>r = 0.48</math>), turvallisuus (<math>d = 1.07</math>, <math>r = 0.47</math>) sekä lapsen hyvinvointi (<math>d = 1.34</math>, <math>r = 0.56</math>)</p> <p>Interventio vähensi merkittävästi vanhemmuuteen liittyvää stressiä (PSI <math>d = -1.19</math>, <math>r = -0.51</math>) sekä riskiä lasten kaltoinkohteluun (CAPI <math>d = 0.83</math>, <math>r = 0.38</math>)</p>

	Mentor-ohjelmat lapsille	<p>Perhekeskuksen tarjoamien palvelujen tarve väheni intervention myötä: kotikäynnit vähentyivät 90%:sta 51 %:iin, ryhmätapaamiset 41 %:sta 16 % :iin, kriisipalvelujen tarve väheni 14 %:sta 6 %:iin ja tarve väliaikaisen asumisen tarjoamiseen väheni 43%:sta 24 %:iin.</p> <p>Vanhemmat kokivat kiintymyksen lapsen lisääntyneen sekä kodin- ja taloudenhoitoon liittyvien taitojensa parantuneen. Lisäksi vanhemmat kokivat tulleeensa arvostetuiksi sekä palvelun avanneen heille uusia mahdollisuuksia ja näkökulmia.</p>
Gardner 2006	<p>Videoavusteinen ohjaus</p> <p>Käyttäytymismallien kuvaaminen</p> <p>Ryhmätapaamiset</p> <p>Kotiharjoittelu</p> <p>Säännöllinen puhelinkontakti</p> <p>Säännölliset tapaamiset</p>	<p>Interventoryhmään kuuluneiden lasten käyttäytymisongelmien intensiteetti (ECBI d= 0.55, r= 0.26) ja niiden määrä (ECBI d= 0.48, r= 0.23) vähenivät kontrolliryhmään verrattuna.</p> <p>Interventio ja kontrolliryhmässä esiintyi myös merkittäviä eroja lapsen itsenäisen leikin (d= 0.77) sekä negatiivisen käyttäytymisen (d= 0.78) määrässä.</p> <p>Vanhempien tyytyväisyys ja luottamus omiin vanhemmuuden taitoihin (PSC d= 0.41, r= 0.20) oli interventoryhmässä suurempi kontrolliryhmään verrattuna.</p> <p>Interventoryhmään kuuluneet vanhemmat käyttivät myös toimivampia tapoja ristiriita- ja kurinpito-tilanteissa (PS d= 0.65, r= 0.31) kuin kontrolliryhmässä.</p> <p>Interventoryhmään osallistuneilla esiintyi vähemmän depressiivisiä oireita (BDI d= 0.35, r= 0.17), he käyttivät positiivisempia toimintatapoja (esim. palkitseminen, positiivinen rajojen asettaminen) enemmän (d= 0.37, r= 0.18) ja käyttivät negatiivisia strategioita (esim. huutaminen, lyöminen, uhkaaminen) vähemmän (d= 0.74) kuin kontrolliryhmään osallistuneet vanhemmat.</p>
Gettinger	<p>Moniammatillinen työskentely</p> <p>Yksilöllinen käyttäytymisen tukemisen suunnitelma</p> <p>Uudet opetusmenetelmät</p> <p>Palaute hyvästä käyttäytymisestä</p>	<p>Lasten kyky toimia ja leikkiä yhteistyössä toisten kanssa ja osallistuminen ryhmän toimintaan (CCO d= 1.53, r= 0.61), opettajan ohjeiden noudattaminen sekä tehtäviin keskittyminen (CCO d= 1.83, r= 0.67) olivat interventoryhmään osallistuneilla lapsilla paremmat kontrolliryhmään verrattuna.</p> <p>Interventoryhmään osallistuneilla lapsilla esiintyi vähemmän aggressiivisuutta (CCO d= 1.09, r= 0.48), keskittymisvaikeuksia (CCO d= 2.35, r= 0.76), kurittomuutta (CCO d= 1.41, d= 0.56) sekä negatiivisia tunteita, kuten itkemistä, valittamista, selittelyä ja syytelyä (CCO d= 0.74, r= 0.35).</p>

		Interventiolla oli myös vaikutusta luokkaympäristöön (esim. työrauha) (OREVS d= 0.84, r= 0.39), opettajan tapaan huomioida lapsen käyttäytyminen (OREVS d= 0.87, r= 0.40) sekä käytettyihin opetusmenetelmiin (OREVS d= 1.43, r= 0.58).
Hadley	Moniammatillinen työskentely  Oppimissuunnitelman laatiminen	Interventioryhmään osallistuneiden lasten verbaaliset ja kiellisen ymmärtämisen taidot (PPVY III d= 0.19, r= 0.09) sekä sanavaraston laajuus ja sanallinen taitotaso (EVT d= 0.31, r= 0.15) olivat hieman paremmat kuin kontrolliryhmässä.  Interventioryhmässä lasten kielen äännerakenteen oivaltaminen (fonologinen tietoisuus) sen eri osalualueilla (d= 0.02 - 0.67, r= 0.01 - 0.38) oli parempi kuin kontrolliryhmässä
Hourihaan	Vanhempien ryhmät  Lasten ryhmät	Interventio vaikutti positiivisesti vanhemmuuden taitoihin ja tapaan olla lapsen kanssa (d= 1.18, r= 0.51). Vaikutukset kohdistuivat leikkiin (d= 0.49, r= 0.24), hyvän käytöksen palkitsemiseen (d= 2.0, r= 0.71), lapsen kehumiseen (d= 0.28, r= 0.14), lapsen huomiotta jättämiseen (d= 0.53, r= 0.25), vapaa-aikaan (d= 0.25, r= 0.12), lapsen suosimisen lopettamiseen (d= 0.33, r= 0.16), käskemiseen ja määräämiseen (d= 0.18, r= 0.09) sekä johdonmukaisiin seurauksiin (d= 0.39, r= 0.19).*  Interventiolla oli myös vaikutusta lapsen sosiaaliin taitoihin (d= 0.75, r= 0.35) sekä ongelmalliseen käyttäytymiseen (d= 0.53, r= 0.26)*
Kratochwill		Interventiolla oli joiltain osin vaikutusta opettajien ja vanhempien arvioon lapsen ongelmallisesta käyttäytymisestä (CBCL)**  Opettajien arvion mukaan interventioryhmään osallistuneilla lapsilla esiintyi internalisoivia (d= 0.24) ja eksternalisoivia (d= 0.44) oireita, sulkeutuneisuutta (d= 0.43) ja aggressiivista käyttäytymistä (d= 0.67) vähemmän kuin kontrolliryhmässä.  Vanhempien arvion mukaan interventioon osallistuneilla lapsilla esiintyi internalisoivia oireita (d= 0.35), sulkeutuneisuutta (d= 0.46), somaattisia oireita (d= 0.32), sosiaalisia ongelmia (d= 0.46), ajattelun ongelmia (d= 0.23) sekä sääntöjen rikkomista (d= 0.54) vähemmän kuin kontrolliryhmässä.  Sen sijaan interventiolla ei juuri ollut vaikutusta opettajien arvion mukaan lasten somaattiseen oireiluun (d= 0.07), ahdistuneisuuteen ja depressioon (d= 0.03), sosiaalisiin ongelmiin (d= 0.05), ajattelun ongelmiin (d= 0.17), tarkkaavaisuusvaikeuksiin (d= 0.15) tai sääntöjen rikkomiseen (d=

		<p>0.20).</p> <p>Vanhempien arvioin mukaan interventiolla ei ollut vaikutusta lapsen eksternalisoiviin oireisiin (<math>d=0.05</math>), ahdistuneisuuteen ja depressioon (<math>d=0.15</math>), tarkkaavaisuusvaikeuksiin (<math>d=0.03</math>) tai aggressiiviseen käyttäytymiseen (<math>d=0.07</math>)</p> <p>Opettajien arvion mukaan interventioon osallistuneiden lasten sosiaaliset (<math>d=0.20</math>) ja akateemiset (<math>d=0.19</math>) taidot olivat jonkin verran parempia kuin kontrolliryhmässä. Ongelmallisen käyttäytymisen määrä oli myös pienempi kontrolliryhmään verrattuna (<math>d=0.25</math>)</p> <p>Vanhempien arvion mukaan interventiolla ei ollut merkittävää vaikutusta lapsen sosiaalisiin taitoihin (<math>d=0.14</math>) tai ongelmalliseen käyttäytymiseen (<math>d=0.05</math>).</p> <p>Interventoryhmään osallistuneet perheet kuvasivat perheensä kiinteyden olevan jonkin verran parempi (<math>d=0.28</math>) kontrolliryhmään verrattuna. Interventiolla ei ollut vaikutusta perheen adaptaatioon (<math>d=0.06</math>) tai tukeen (<math>d=0.10</math>)</p> <p>Interventiolla ei ollut vaikutusta lasten lukemisen (<math>d=0.02</math>) tai matematiikan (<math>d=0.24</math>) taitoihin.</p>
Littel ym.	Kotiin tarjottava lastensuojelupalvelu	Ongelmien tunnistaminen ( $d=0.16$ , $r=0.08$ ) ja muutoshaluukkuus ( $d=0.18$ , $r=0.09$ ) eivät lisääntyneet intervention ensimmäisten viikkojen aikana.
McDonald		Kasvatusvanhemmat kokivat aikaisemman palvelun riittämättömänä. He eivät kokeneet saaneensa tuka jota olisivat tarvinneet monitahoisiin ongelmiin. Uuden palvelun koettiin keskittyvän kasvatusvanhempiin ja heidän erityistarpeisiinsa, sekä edistävän kaikkien lapsen hoitoon osallistuvien yhteistyötä. Interventiolla oli myönteinen vaikutus kasvatusvanhempien psykososialiseen hyvinvointiin, lapsen hoitoon ja lapsiin.
Moes		Interventio edisti toiminnallisen kommunikaatio -menetelmän käyttöönottoa sekä vähensi lasten haasteellista käyttäytymistä
Ou		Interventio paransi siihen osallistuneiden lasten kognitiivisia (matematiikka ja äidinkieli) taitoja lastentarhassa ( $b=0.36$ ) sekä vähensi luokalle jäämisen riskiä myöhemmillä luokilla ( $b=-.46$ ). Interventioon osallistuminen sekä lapsen kognitiiviset taidot ennustivat myöhempää koulumenestystä ( $b=.19$ ) ja tätä kautta ylemmän kouluasteen suorittamista ( $b=.21$ )



	<p>Interventio edisti vanhempien sitoutumista (<math>b=0.08</math>), jolla puolestaan oli vaikutusta ylemmän kouluasteen suorittamiseen (<math>b=0.14</math>) sekä koulujen vähäisempään vaihtumiseen (<math>b=-0.19</math>) ja luokalle jäämisen riskiin (<math>b=-0.22</math>).</p> <p>Interventio vähensi lasten kaltoinkohtelun esiintymistiheyttä (<math>b=-0.16</math>), joka puolestaan paransi lasten myöhempää koulumenestystä (<math>b=-0.14</math>), ylemmän kouluasteen suorittamista (<math>b=0.12</math>) sekä vähensi kouluvaihdoksia (<math>b=0.12</math>).</p>
Penticuff	<p>***Interventiolla ei ollut vaikutusta vanhempien kokemaan tyytyväisyyteen vastasyntyneen saamasta hoidosta (<math>d=0.09</math>, <math>r=0.05</math>) tai henkilökunnan ja vanhempien välisestä suhteesta (<math>d=0.01</math>, <math>r=0.00</math>) eikä tyytyväisyyteen tehdyistä päätöksistä (<math>d=0.09</math>, <math>r=0.04</math>)</p> <p>Interventio lisäsi vanhempien osallisuutta päätöksentekoon (<math>d=0.35</math>, <math>r=0.17</math>), tyytyväisyyttä päätöksentekoprosessiin (<math>d=0.46</math>, <math>r=0.23</math>), vähensi merkittävästi päätöksentekoon liittyviä ristiriitoja (<math>d=0.73</math>, <math>r=0.34</math>), epävarmuutta vastasyntyneen tilanteesta (<math>d=0.55</math>, <math>r=0.27</math>) sekä epärealistisia huolia (<math>d=0.79</math>, <math>r=0.37</math>).</p>
Porter	<p>Interventio ei lisännyt merkittävästi tyytyväisyyttä saatuun hoitoon: tiedonkulkuun (<math>d=0.10</math>, <math>r=0.05</math>) tai parisuhteeseen (<math>d=0.24</math>, <math>r=0.12</math>) liittyvät ongelmat eivät vähentyneet huomattavasti.</p> <p>Interventio ei muuttanut lääkemääräyksiä (Fluticasone ennen interventiota 2 %/ 43 ennen interventiota ja 9%/ 50 intervention jälkeen, kortikosteroideit 4%/43 ennen interventiota ja 9/ 50 intervention jälkeen).</p>
Solish	<p>Artikkelissa ei arvioitu intervention vaikuttavuutta.</p> <p>Vanhempien itseluottamus (<math>r=0.63</math>), ennakkokäsitykset IBI -ohjelmasta (<math>r=0.30</math>) sekä vanhempien tieto autismista ja IBI-ohjelmasta (<math>r=0.33</math>) olivat yhteydessä ohjelmaan sitoutumiseen.</p> <p>Käsitykset lapsen kehityksestä (<math>r=0.19</math>), lapseen liittyvät uskomukset (<math>r=0.26</math>) tai koettu stressi (<math>r=-0.06</math>) eivät oleellisesti vaikuttaneet ohjelmaan sitoutumiseen.</p> <p>Se, minkä ikäisenä lapsi oli ohjattu intervention piiriin, oli yhteydessä ohjelmaan sitoutumiseen (<math>r=-0.57</math>)</p> <p>Lapsen taidot (VABS <math>r=0.41</math>) olivat yhteydessä ohjelmaan sitoutumiseen.</p>

Sullivan	<p>****Interventiolla oli vaikutusta lapsen itseluottamukseen: yleiseen itsearvostukseen (<math>d=0.44</math>), käsitykseen fyysisestä ulkonäöstä (<math>d=0.53</math>), urheilullisuuteen (<math>d=0.51</math>) ja koulumenestykseen (<math>d=0.23</math>),</p> <p>Interventiolla ei ollut vaikutusta lapsen sosiaaliseen hyväksyttävyyteen (<math>d=0.13</math>) tai käyttäytymiseen (<math>d=0.15</math>)</p> <p>Interventio vähensi lapsen (<math>d=0.32</math>) ja äidin (<math>d=0.25</math>) näkemää väkivaltaa perheessä mutta sillä ei juuri ollut vaikutusta lapseen kohdistuvaan kaltoinkohteluun (<math>d=0.10</math>)</p> <p>Interventio vähensi äitien kokemaa depressiota (<math>d=0.49</math>), paransi äitien itsetuntoa (<math>d=0.54</math>) ja elämänlaatua (<math>d=0.34</math>)</p> <p>Interventiolla ei ollut vaikutusta äitien saamaan sosiaaliseen tukeen (<math>d=0.01</math>)</p>
Uludag	<p>Opettajaopiskelijoiden käsitys vanhempien sitoutumisesta muuttui hieman 'peruskoulujakson' aikana: käsitykset vanhempien (<math>d=0.00</math>, <math>r=0.00</math>) tai koulun velvollisuuksista (<math>d=0.31</math>, <math>r=0.15</math>), vanhempien sitoutumisesta kouluun (<math>d=0.40</math>, <math>r=0.19</math>), vanhempien sitoutumisesta kotitehtäviin (<math>d=0.12</math>, <math>r=0.06</math>) ja päätöksentekoon (<math>d=0.23</math>, <math>r=0.12</math>) sekä vanhempien sitoutumiseen yleensä (<math>d=0.21</math>, <math>r=0.10</math>) muuttuivat hieman.</p> <p>Opettajaopiskelijoiden valmistautuminen muuttui hieman oppimisjakson aikana (<math>d=1.36</math>, <math>r=0.56</math>)</p>
Viggiani	<p>Intervention aikana poissaolot lisääntyivät merkittävästi sekä interventio (<math>d=0.29</math>, <math>r=0.14</math>) että kontrolliryhmässä (<math>d=0.65</math>, <math>r=0.31</math>).</p> <p>Interventio paransi sääntöjen noudattamista (<math>d=0.54</math>, <math>r=0.269</math>). Kontrolliryhmässä parannusta ei tapahtunut (<math>d=0.15</math>, <math>r=0.08</math>)</p> <p>Itsehillintä parani interventioryhmässä merkittävästi (<math>d=0.50</math>, <math>r=0.24</math>). Kontrolliryhmässä parannusta ei tapahtunut (<math>d=0.12</math>, <math>r=0.06</math>)</p> <p>Interventiolla oli vaikutusta sosiaaliseen hyväksyttävyyteen (<math>d=0.47</math>, <math>r=0.05</math>). Kontrolliryhmä <math>d=0.11</math>, <math>r=0.05</math>)</p> <p>Interventio ei edistänyt vastuunottoa läksyistä (<math>d=0.11</math>, <math>r=0.05</math>). Kontrolliryhmässä läksyjen laiminlyöminen sen sijaan lisääntyi merkittävästi (<math>d=0.82</math>, <math>r=0.38</math>)</p>

\*efektin suuruus laskettu mediaanin, vaihteluvälin sekä otoskoon perusteella Hozo ym. 2005 esittämään kaavan mukaisesti

\*\* efektin suuruus laskettu F- arvon sekä otoskoon perusteella Thalheimer & Cook 2002 esittämän laskutavan mukaisesti

\*\*\* keskihajonta laskettu kaavan  $s = SE\sqrt{n}$  mukaisesti (Thalheimer & Cook 2002)

\*\*\*\* efektin suuruus laskettu t-arvon sekä otoskoon perusteella Thalheimer & Cook 2002 esittämän laskutavan mukaisesti

## **Liite 9. Alkuperäistutkimusten tiivistelmät**

### **(1) Agosta E, Graetz JE, Mastropieri MA, Scruggs TE. Teacher-Researcher Partnerships to Improve Social Behavior through Social Stories. *Intervention in School and Clinic* 2004 05;39(5):276-287**

In this project, a partnership between school and university personnel addressed, in a systematic, research-oriented fashion, a classroom problem. A young child with autism exhibited excessively loud screaming, yelling, humming, and other distracting noises during class activities in a special education setting. These disruptive behaviors were a serious concern and also hampered the teacher's efforts to place the child in more inclusive environments. The partnership members first systematically assessed the target behaviors and then consulted existing research interventions addressing those behaviors. Basing their efforts on previous research, the partnership members developed social stories and implemented them through a single-subject research design. Ongoing observations and consultations, as well as input from all partnership members, formed the basis for any changes made to the intervention. At morning circle time, data on inappropriate behavior (yelling) and appropriate sitting were collected during baseline, Intervention Phase 1, Intervention Phase 2, and return-to-baseline conditions. The intervention yielded positive behavioral changes for the target student. Findings are discussed with respect to effective social story interventions for young children with autism and establishment of effective partnerships through which teachers may become active researchers

### **(2) Allen-Meares P, Engberg ME, Hudgins CA, Lessnau B. Using a collaboratory model to translate social work research into practice and policy. *Research on Social Work Practice* 2005 Jan;15(1):29-40**

Objective: The purpose of this article was to examine how an initiative of 10 collaborative projects focused on children and youth have applied principles of participatory research, collaboratories, and technological solutions. Method: The study analyzed multiple forms of qualitative data, including semiannual formative evaluations and semistructured interviews of participating partners. Results: Both the collaborative method and the infusion of technology were central to the functioning of collaboratory projects and, ultimately, the translation from research to practice and policy. The community-based participatory nature of the research projects resulted in applicable findings that were credible with people affected by the issues studied. Conclusions: The present study suggests that when there is steadfast commitment on the part of a diverse group of partners, even simple applications of technology can make a difference.

### **(3) Anderson JA, McIntyre JS, Somers JW. Exploring the Experiences of Successful Completers of a System of Care for Children and Their Families through Case Narratives. *J.Fam.Soc.Work* 2004;8(1):1-25**

This paper explores the experiences of three young people with emotional & behavioral challenges & their families as they entered, participated in, & completed a community-based system of care. Using a case narrative approach, the characteristics & experiences of the children & families who successfully completed the Dawn Project system of care are described. For each of the three narratives, the young person's parent or caregiver, teacher, & service coordinator were interviewed & a review of available records was conducted. Several themes appear to be related to successful completion of the system of care, including active & ongoing involvement of the family & collaboration of team members, a collective commitment to follow through on developed plans, an emphasis on child & family strengths, & concerted efforts to keep the young people at home & their services in the community.

**(4) Anderson-Butcher D, Lawson HA, Barkdull C. An Evaluation of Child Welfare Design Teams in Four States. J.Health Soc.Policy 2002;15(3-4):131-161**

Empowerment-oriented design teams were structured in four states to promote collaborative practices among professionals & former clients of child welfare services. These teams were structured to serve as both learning & training systems & they identified competencies for collaborative practices. Because these design teams represent a new learning & improvement system for child welfare & related service systems, & because these systems need more effective approaches to learning, training, & improvement, outcomes-oriented evaluations are imperative. The outcomes evaluation reported here relied on two evaluation strategies. First, 48 design team members completed follow-up surveys that explored individual perceptions of their design team involvement. Second, 22 design team members were interviewed directly about the benefits & accomplishments resulting from their design team experience. These data from both evaluation strategies indicate that design teams promoted family-centered practice & interprofessional collaboration; enhanced service delivery & an understanding of cooccurring needs; & fostered personal growth & self-awareness among participants. These commonalities & similarities were surprising & interesting because design teams in the four states proceeded differently. These findings are discussed in relation to emergent theory on collaborative learning processes & products.

**(5) Attridge-Stirling J, Davis H, Markless G, Sclare I, Day C. 'Someone to Talk to Who'll Listen': Addressing the Psychosocial Needs of Children and Families. Journal of Community & Applied Social Psychology 2001 May-June;11(3):179-191**

The paper presents the Lewisham Community Child & Family Service (LCCFS), a community-based intervention providing psychosocial help for children, young people, parents & families. The service is focused on early intervention, prevention & promotion in the improvement of local health. It works under a service framework based on inter-agency collaboration, & a counseling model based on community & interpersonal partnerships, grounded in personal construct theory (Kelly, 1955). The policy demands & local need for accessible & acceptable mental health are discussed, & quantitative & qualitative findings of the needs assessment preceding the establishment of the LCCFS are presented, supporting the need for community mental health provision. The feasibility for the LCCFS to reconcile & meet the policy demands & the needs of parents with respect to child psychosocial help & services are discussed.

**(6) Axberg U, Hansson K, Broberg AG, Wirtberg I. The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. Fam.Process 2006 Sep;45(3):375-389**

Antisocial behavior is often persistent, and in addition to causing suffering to children and their families, it also poses considerable costs for society. Children who display externalizing behavior in their early years run a high risk of having severe problems later in life. There is a need for treatment methods that may be used in various settings because these children constitute a group that is hard to reach with conventional treatment methods. In addition, the dropout rate from ordinary treatment is often high. In the present study, a systemic school-based model for early detection and intervention among 4-12-year-old children who displayed externalizing behavior problems was developed and examined in a nonrandomized study in the county of Skaraborg in Sweden. The intervention was collaborative and included a combination of the Marte Meo model and coordination meetings based on systemic theory and practice. Treatment effects in the group who had received the intervention were compared with a group who had received treatment as usual in their ordinary school setting. Assessments were carried out before, and 2 years after, the intervention. For the intervention group (N = 33), there was a significant decrease in the children's reported symptoms in school and in the home. No decrease in externalizing behavior was found in the comparison group (N = 16). There were no dropouts in the intervention group after the intervention had begun. The results are promising; the study demonstrates that it is possible to work effectively with many children who display externalizing behavior problems in a nonclinical setting.

**(7) Bailey P, Jones L, Way D. Family physician/nurse practitioner: stories of collaboration. J.Adv.Nurs. 2006 Feb;53(4):381-391**

**Aims.** This paper presents the experiences of nurse practitioners and family physicians working in collaborative practice at four Canadian rural primary care agencies. It focuses on the qualitative segment of a larger study examining the impact of an educational intervention on interprofessional practice. **Background.** Growing awareness of the importance of health promotion and disease prevention, the increased complexity of community-based care, and the need to use scarce human healthcare resources, especially family physicians, far more efficiently and effectively, have resulted in increased emphasis on primary healthcare renewal in Canada. Key to primary healthcare renewal is care delivery through interdisciplinary teams that include nurse practitioners. **Methods.** Narrative analysis, a form of interpretive analysis that respects the integrity of the stories told by participants, was chosen as the strategy to examine the narrative data gathered in two sets of interviews with the nurse practitioners and family physicians. The study was undertaken during 2000. **Results.** Thirteen family physicians and five nurse practitioners with diverse educational backgrounds and varied experience with collaboration participated in the qualitative component of the study. A number of issues related to working in a shared practice were identified in nurse practitioner and family physician interviews across the research sites. The themes identified in participants' stories included issues related to the scope of practice, emphasizing the importance of role clarity and trust, the ideological difference regarding disease prevention and health promotion, differences in perceptions about the operation of collaborative practice, and the understanding that collaborative relationships evolve. **Conclusions.** The placement of nurse practitioners and family physicians in a common clinical practice without some form of orientation process does not produce collaborative practice. Educational strategies related to role expectations are necessary to facilitate the development of care delivery partnerships characterized by interdependent practice.

**(8) Barratt M. Organizational Support for Evidence-Based Practice within Child and Family Social Work: A Collaborative Study. Child & Family Social Work 2003 May;8(2):143-150**

Research in Practice works in collaboration with over 50 English local authorities & voluntary child care organizations, to explore new & dynamic ways to increase the use of quality evidence to improve services to children & families. One Research in Practice initiative was a two-year collaborative project involving the social services departments of six local authorities. This paper reports the views of more than 100 professional staff, involved with the provision of services to children & families, which offer insight into how evidence-based practice can be supported or frustrated in social care organizations. The findings suggest considerable uncertainty about the nature of evidence in social care & its validity in relation to decision making, policy, & planning. Mechanisms essential for the dissemination, implementation, & adoption of research messages are underdeveloped, & tensions exist around the explicit use of research evidence in reports & reviews. Many practitioners & teams may be excluded from making decisions based on the best available research evidence through lack of access to Internet resources & adequate information dissemination mechanisms. The paper concludes that numerous areas require further debate if evidence-based practice is to become a reality in work with children & families.

**(9) Bidmead C, Cowley S. Evaluating family partnership training in health visitor practice. Community Practitioner 2005 Jul;78(7):239-245**

The second paper in this series of two on partnership examines the effects of family partnership (parent adviser) training which builds on health visitors' skills to facilitate partnership working with parents. This study was utilised as a pilot to identify a suitable method, to explore the interaction processes of health visitors who had undergone the training. The study draws together both quantitative and qualitative methods to seek to understand processes in depth.

**(10) Boot A, Macdonald G. Parents and Sure Start Evaluation; Suggestions for Partnership. *Child Care in Practice* 2006 July;12(3):269-281**

This article draws on results of an evaluation of Sure Start activities in an area of South Wales in 2004, focusing in particular on measurements of improvements to child development & measurements of benefits to parents. The article reports on the methods that were used to collect relevant data & examines the problems associated with linking these data to effectiveness. The observed examples of good practice were not fully reflected in the data & documentary evidence submitted by projects for evaluation purposes. Pre-intervention & post-intervention assessments of child development did demonstrate some positive change, but the tools used were not robust. They did not allow for other influencing factors such as parenting skills, or show an equal assessment of all areas of development. Attempts were made to record parent satisfaction but they did not identify the level of satisfaction that was apparent in observation & in discussion with parents during the evaluation. It is argued that an adaptation of practice to a professional/parent partnership model would facilitate this & could encourage active parent participation in Sure Start management. At the same time it would provide parents with increased skills & confidence that would be of future benefit to them & their children in future years, beyond the scope of Sure Start.

**(11) Brookman-Frazee L. Using parent/clinician partnerships in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2004;6(4):195-213**

Recently, many treatments for children with disabilities have shifted from a purely clinician-implemented model to one that focuses on a parent education component: In the current study, a repeated reversal design was employed to compare the effects of a parent education intervention that incorporates the principles outlined in the parent empowerment and ecocultural literature with a professional-driven model that does not incorporate these principles. The Parent/Clinician Partnership and Clinician-Directed models were compared on the following measures: (a) observed parent stress, (b) observed parent confidence, (c) observed child affect, and (d) child responsiveness and engagement. The results are discussed in terms of the implications for parent education programs and the relationships between clinical outcome and the type of parent education procedures implemented.

**(12) Bruzzese J, Evans D, Wiesemann S, Pinkett-Heller M. Using School Staff to Establish a Preventive Network of Care to Improve Elementary School Students' Control of Asthma. *The Journal of School Health* 2006 Aug;76(6):307**

School-based asthma interventions delivered by nonschool staff have been successful but are limited in their reach because of the cost and effort of bringing in outside educators and their inability to establish improved communication about asthma between schools, families, and primary care providers (PCPs). To address these problems, Columbia University and the New York City Department of Education and the New York City Department of Health and Mental Hygiene undertook a randomized controlled trial to test the efficacy of a comprehensive school-based asthma program. In this intervention, school nurses were trained to facilitate the establishment of a preventive network of care for children with asthma by coordinating communications and fostering relationships between families, PCPs, and school personnel. PCPs also received training regarding asthma management. There was limited support for this model. While case detection helped nurses identify additional students with asthma and nurses increased the amount of time spent on asthma-related tasks, PCPs did not change their medical management of asthma. Few improvements in health outcomes were achieved. Relative to controls, 12-months posttest intervention students had a reduction in activity limitations due to asthma (-35% vs -9%,  $p < .05$ ) and days with symptoms (26% vs 39%,  $p = .06$ ). The intervention had no impact on the use of urgent health care services, school attendance, or caregiver's quality of life. There were also no improvements at 24-months postintervention. We faced many challenges related to case detection, training, and implementing preventive care activities, which may have hindered our success. We present these challenges, describe how we

coped with them, and discuss the lessons we learned. [PUBLICATION ABSTRACT] School-based asthma interventions delivered by nonschool staff have been successful but are limited in their reach because of the cost and effort of bringing in outside educators and their inability to establish improved communication about asthma between schools, families, and primary care providers (PCPs). To address these problems, Columbia University and the New York City Department of Education and the New York City Department of Health and Mental Hygiene undertook a randomized controlled trial to test the efficacy of a comprehensive school-based asthma program. In this intervention, school nurses were trained to facilitate the establishment of a preventive network of care for children with asthma by coordinating communications and fostering relationships between families, PCPs, and school personnel. PCPs also received training regarding asthma management. There was limited support for this model. While case detection helped nurses identify additional students with asthma and nurses increased the amount of time spent on asthma-related tasks, PCPs did not change their medical management of asthma. Few improvements in health outcomes were achieved. Relative to controls, 12-months posttest intervention students had a reduction in activity limitations due to asthma (-35% vs -9%,  $p < .05$ ) and days with symptoms (26% vs 39%,  $p = .06$ ). The intervention had no impact on the use of urgent health care services, school attendance, or caregiver's quality of life. There were also no improvements at 24-months postintervention. We faced many challenges related to case detection, training, and implementing preventive care activities, which may have hindered our success. We present these challenges, describe how we coped with them, and discuss the lessons we learned.

**(13) Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a Statewide Home Visiting Program on Parenting and on Child Health and Development. Child Abuse & Neglect: The International Journal 2007 08;31(8):829-852**

**Objectives:** To assess the impact of a voluntary, paraprofessional home visiting program on promoting child health and development and maternal parenting knowledge, attitudes, and behaviors. **Methods:** This collaborative, experimental study of 6 Healthy Families Alaska (HFAK) programs enrolled 325 families from 1/00 to 7/01, randomly assigned them to HFAK and control groups, interviewed mothers at baseline, and followed families until children were 2 years old (85% follow-up). Child outcomes included health care use, development and behavior. Parent outcomes included knowledge of infant development, parenting attitudes, quality of the home environment, and parent-child interaction. HFAK records were reviewed to measure home visiting services. Home visitors were surveyed to measure knowledge, perceived effectiveness and perceived training adequacy. **Results:** There was no overall impact on child health, but HFAK group children had more favorable developmental and behavioral outcomes. HFAK and control mothers had similar parenting outcomes except that HFAK mothers had greater parenting self-efficacy (35.1 vs. 34.6 based on the Teti Self-Efficacy Scale,  $p$  less than 0.05). Fewer HFAK families had a poor home environment for learning (20% vs. 31%,  $p$  less than 0.001). HFAK families were more likely to use center-based parenting services (48% vs. 39%,  $p$  less than 0.05). The impact was greater for families with lower baseline risk (Family Stress Checklist scores less than 45). There was little evidence of efficacy for families with a higher dose of service. **Conclusions:** The program promoted child development and reduced problem behaviors at 2 years. Impact could be strengthened by improving home visitor effectiveness in promoting effective parenting. Future research is needed to determine whether short-term benefits are sustained.

**(14) Cameron G, Birnie-lefcovitch S. Parent mutual aid organisations in child welfare demonstration project: a report of outcomes. Children & Youth Services Review 2000 06;22(6):421-440**

The outcomes of a mutual aid intervention designed to help child welfare agencies take advantage of the benefits of informal ways of helping their clientele are presented. The Parent Mutual Aid Organizations in Child Welfare Demonstration Project (PMAO) program model is



based on acknowledging the multiple difficulties confronting most families using child welfare services, the characteristics of formal family support programs that seem to be effective with these populations, and social science explanations about the relevance of informal support for coping with stress and maintaining psychological well-being. Data were collected from PMAO and comparison samples over a three year period to assess changes in the following eight areas: (1) out-of-home child placement; (2) independence from formal service providers; (3) integration in the community; (4) levels of perceived social support; (5) self-esteem; (6) perceived stress; (7) parental attitudes; and (8) cost savings. The data for the outcome assessment were collected by questionnaire including descriptive and demographic questions and several standardized measures which are described. On all of these measures PMAO members showed positive gains over the evaluation time period that were not apparent for the comparison group members receiving regular child welfare services. These findings suggest that there is merit in including mutual aid strategies as an integral part of the repertoire for helping families in child welfare.

**(15) CaseSmith J, Sainato D, McQuaid J, Deubler D, Gottesman M, Taber M. IMPACTS project: preparing therapists to provide best practice early intervention services. *Phys.Occup.Ther.Pediatr.* 2007;27(3):73-90**

The project was a master's level graduate program that prepares occupational therapists, physical therapists, speech and language pathologists, nurses and special educators for early intervention practice. The purpose of this descriptive report is to explain the conceptual framework for the graduate program and to identify themes in students' learning from the portion of the program focused on professional-family relationships-the family practicum. In the family practicum, each student spent 50 hours over 6 months with one family who had a young child with significant disabilities. The students wrote reflective journals during the practicum that revealed how they interpreted their experiences for application to their own practices. Through qualitative analysis of the students' journals, four themes emerged: (1) Acknowledge that parenting a child with a disability is a 24/7 job; (2) Recognize that internal and external resources are essential to family adaptation; (3) Respect parents as the experts on their child; and (4) Accept the family's values. These themes were validated by the families' evaluation of the practicum and provide evidence that students grew in their appreciation of and competence in relationship-centered early intervention.

**(16) Chao P, Bryan T, Burstein K, Ergul C. Family-Centered Intervention for Young Children At-Risk for Language and Behavior Problems. *Early Childhood Education Journal* 2006 10;34(2):147-153**

This study investigated the effects of a family-centered intervention that involved parents in weekly assessments and daily routine activities for promoting young children's language and behavior. Forty-one 3-5-year-old children at-risk for language and behavior problems, recruited from three developmental preschools, were randomly assigned to a control and an intervention group that received parent-professional support. Analyses of covariance (ANCOVAs) were used to examine whether groups differed on post-test scores on the Test of Early Language Development-Third Edition and Eyberg Child Behavior Inventory, using pre-test scores as a covariate. Results showed that children in the intervention group outperformed children in the control group on both tests. The study indicated that family-centered intervention is an effective method for empowering parents to identify and implement concrete solutions to their children's problems, especially when done as part of a professional collaboration.

**(17) Collins-Carmargo C, Groeber C. Adventures in Partnership: Using Learning Laboratories to Enhance Frontline Supervision in Child Welfare. *Professional Development: The International Journal of Continuing Social Work Education* 2003 summer-fall;6(1-2):17-31**

The Children's Bureau established Quality Improvement Centers to fund regional research projects to improve child welfare practices. The Southern Regional Quality Improvement Centers conducted a multifaceted needs assessment to identify casework supervision as the focus

area for four learning laboratories. These projects are researching the effectiveness of clinical supervision in reducing preventable turnover & enhancing worker practice & client outcomes. Public/university/community partnerships conduct the planning, implementation, & evaluation of the each site's professional development intervention. This article will describe the model used to promote the development of learning laboratories, & the design for inter-project collaboration & cross-site evaluation.

**(18) Croom S, Procter S. The NewCan practice framework: using risk and resilience to work at the interface between professional expertise and parental knowledge and experience in child and adolescent mental health. *Practice* 2005 Jun;17(2):113-126**

This paper describes the NewCan practice framework that is designed to enable professionals from a range of agencies (health care, education, social services) to utilise evidence on risk and protective factors in child and adolescent mental health (CAMH) in order that they can: assess the child and family needs using a common evidence base and shared language to communicate across all agencies involved in the care of the child; enhance local capacity to respond to the needs of these children by identifying resources/services available locally which can enhance protective factors and reduce risk; develop a plan of intervention shared by all agencies involved in the care of the child, including the child's contribution and that of their family/carers to the realisation of the plan. The framework was designed to help practitioners across agencies to identify the most effective combination of universal, targeted and clinical services for each child/family and community that can be configured to respond to the risk and protective factors within the local socio-cultural context. This paper describes the development of the framework and includes some preliminary experiences from professionals and parents who have used the framework in practice.

**(19) Santelices Cuevas L, Astroza V. LUCE: A Constructive Learning Approach for Working with Parents. *Fam.Soc.* 2002 May-June;83(3):275-284**

This study examines the application of a didactic teaching strategy called LUCE. Based on a constructivist learning approach, LUCE's purpose is to develop collaborative links between schools & parents, so that parents can improve their daily educational practices with their children & assume a more active role in their children's education. The project took place in Santiago, Chile, & was implemented in two stages. The first stage included a cross-sectional descriptive study with an experimental design, focusing on parents. The second stage involved teachers & parents who applied & carried out the LUCE strategy. The project's content focused on sex education, as this was the topic of interest to parents. The findings indicate that the strategy was a successful experience for the parents.

**(20) Danvers L, Freshwater D, Cheater F, Wilson A. Providing a seamless service for children with life-limiting illness: experiences and recommendations of professional staff at the Diana Princess of Wales Children's Community Service. *J.Clin.Nurs.* 2003 May;12(3):351-359**

The Diana Children's Community Teams (DCCTs), a new nurse-led service funded by the Department of Health, were established to provide care in the community as an alternative to hospital for children with life-threatening/life-limiting illnesses and their families. This paper presents selected findings highlighting the professionals' experiences which formed part of the evaluation of the Diana, Princess of Wales Children's Community Service in Leicester, Leicestershire and Rutland. The Diana Service in Leicestershire attempts to encompass both parental empowerment and interagency collaboration. By working in partnership with the children and their families, the team provides an integrated and multiprofessional community-based service. This paper particularly concentrates on the perceptions and recommendations from the Diana team itself. Three independently managed Community Nursing Services existed in Leicestershire prior to the Diana teams; a Paediatric Macmillan Service, a Children's Community Nursing Service and a Respite Service. The Leicestershire DCCT integrated the three nursing services into a single team. This team has moved away from a traditional unprofes-

sional service structure by encompassing a wider team of multiprofessionals, including a cultural link worker, an occupational therapist, a physiotherapist, a play specialist and a team of trained counsellors, working in partnership to provide a quality service for families. \* The evaluation, which used a longitudinal multimethod process analysis based on an action research framework, suggests that children with complex and life-limiting illnesses and their families benefit greatly from an effective seamless service. This paper recommends a framework of care that may be relevant to other teams of children's community services across the country. This service has been judged by the impact it has had on the families who use it and the professionals employed within it.

**(21) Lea D. "You Don't Know Me Like that": Patterns of Disconnect between Adolescent Mothers of Children with Disabilities and Their Early Interventionists. *Journal of Early Intervention* 2006;28(4):264-282**

Interest in the concept of collaboration in early intervention has focused primarily on collaboration among professionals or between professionals and families. Few studies have examined patterns of collaboration between early interventionists and families headed by adolescent mothers. This study examined the perspectives and experiences of 6 adolescent mothers and their service providers. Interviews, observations of interactions between service providers and adolescent mothers, and documents such as the Individualized Family Service Plan were analyzed to identify factors that facilitated or hindered effective collaboration. Results are interpreted with respect to a cultural variant perspective and are discussed in terms of their implications for building relationships and providing intervention.

**(22) Dierker L, Nargiso J, Wiseman R, Hoff D. Factors predicting attrition within a community initiated system of care. *J.Child Fam.Stud.* 2001 Sep;10(3):367-383**

Sought to elucidate child, family, and service level characteristics that may influence attrition from a continuum of care developed and maintained by a community initiated collaboration of local clinics and agencies. Subjects included 117 children and adolescents referred to the Middlesex County system of care from 1992 to 1999. Data were collected through a retrospective case review. The strongest predictors of attrition from the system of care both before and after the establishment of an individualized service plan included depressed/isolated symptoms, substance abuse, general risk for psychiatric problems, number of referral reasons and urgency status at program intake. Among youth exiting residential placement, those completing recommended services were more likely to be returned home earlier or within the expected time frame than were dropouts.

**(23) Drolet M, Paquin M, Soutyrine M. Building Collaboration between School and Parents: Issues for School Social Workers and Parents Whose Young Children Exhibit Violent Behaviour at School. *European Journal of Social Work* 2006 June;9(2):201-222**

This research explores the perceptions of 60 parents whose children, aged from three to nine, had been involved in bullying, as defined under the Safe Schools Act & the Code of Conduct. Some of these children had been suspended from school, while others were potential candidates for suspension. These parents were recruited from Ottawa's two French-language school boards to participate in qualitative interviews between June 2000 & June 2002. The aim of this research was to cast new light on the perceptions of parents & schools with regard to their relationships, & on the role of school social workers in maintaining & enhancing collaborative partnerships. The desire of some parents to be involved in the decisions concerning remedial action taken to address their child's aggressive behaviour touched a raw nerve in some schools. Nonetheless, when schools & parents ultimately recognize the daily challenges that both parties face, & a shared plan of action develops therein, the path to effective collaboration becomes clear. Early intervention on the part of school social workers gives them an edge in their efforts as mediators. They seize every opportunity to initiate different collaborative approaches between schools & parents, so that the issue of bullying can be handled in a more respectful way for everyone.

**(24) Drummond J, Fleming D, McDonald L, Kysela GM. Randomized controlled trial of a family problem-solving intervention. Clin.Nurs.Res. 2005 Feb;14(1):57-80**

Adaptive problem solving contributes to individual and family health and development. In this article, the effect of the cooperative family learning approach (CFLA) on group family problem solving and on cooperative parenting communication is described. A pretest or posttest experimental design was used. Participant families were recruited from Head Start programs and exhibited two or more risk factors. Participant preschool children were screened to have two or more developmental delays. Direct behavioral observation measures were used to determine group family problem solving and cooperative parenting communication outcomes. Few group family problem-solving behaviors were coded, and they displayed little variability. However, intervention parents increased the length of time they played and extended the cooperative parent-child interactions. The evidence shows that CFLA has the potential to enhance parental modeling of cooperative behavior while engaged in play activities with preschoolers. Direct measurement of group family problem solving was difficult. Solutions are suggested.

**(25) Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a Statewide Home Visiting Program to Prevent Child Abuse. Child Abuse & Neglect: The International Journal 2007 08;31(8):801-827**

Objectives: To assess the impact of a voluntary, paraprofessional home visiting program in preventing child maltreatment and reducing the multiple, malleable psychosocial risks for maltreatment for which families had been targeted. Methods: This collaborative, experimental study focused on 6 Healthy Families Alaska (HFAK) programs; 325 families were enrolled in 2000-2001, randomized to intervention and control groups, and interviewed to measure baseline attributes. Follow-up data were collected when children were 2 years old (85% follow-up rate). Outcomes included maltreatment reports, measures of potential maltreatment and parental risks, for example, poor mental health, substance use, and partner violence. HFAK records were reviewed to measure home visiting services. Home visitors were surveyed to measure perceived effectiveness and training adequacy. Results: Parental risks were common at baseline, and one-sixth of families had a substantiated child protective services report in the child's first 2 years of life. There was no overall program effect on maltreatment reports, and most measures of potential maltreatment. Home visited mothers reported using mild forms of physical discipline less often than control mothers. The groups were similar in their use of more severe forms of physical discipline. There was no program impact on parental risks. There was no impact on outcomes for families with a "high dose" of home visiting. Home visitors often failed to address parental risks and seldom linked families with community resources. Contradictions in the model compromised effectiveness. Conclusions: The program did not prevent child maltreatment, nor reduce the parental risks that had made families eligible for service. Research is needed to develop and test strategies to improve the effectiveness of home visiting.

**(26) Dumbrill GC. Parental Experience of Child Protection Intervention: A Qualitative Study. Child Abuse & Neglect: The International Journal 2006 01;30(1):27-37**

Objective: To explore the ways in which parents experience and negotiate child protection intervention. Method: A qualitative grounded theory approach was used. In-depth qualitative interviews explored the experiences of 18 parents who had received child protection services. Grounded theory methods were used to build a model representing the ways these parents perceived and reacted to intervention. Results: The ways parents perceive workers using power was shown to be the primary influence shaping parents' views of intervention and their reactions to it. Two perceptions of power emerged: parents perceived power being used over them as a form of control or power with them as a form of support. Three ways of responding to intervention emerged: parents fought workers by openly opposing them, "played the game" by feigning co-operation, or worked with them in collaborative relationships. Parents experiencing power being used over them tended to fight or play the game while parents experiencing

power being used with them tended to work with intervention. No evidence was found linking case type (non-voluntary or voluntary cases) to whether parents perceived power being used by workers over them or with them. Conclusions: Findings highlight the importance of practitioners and policy makers being aware of the impact power has on worker-parent interaction. Doubts are raised about the viability of policies separating policing and helping in child protection through differential response systems.

**(27) Dunlop JM, Holosko MJ. The Story behind the Story of Collaborative Networks - Relationships Do Matter. J.Health Soc.Policy 2004;19(3):1-18**

This study reports data about the real story behind the current trend of mandated interorganizational collaboration of health & human service agencies. By means of qualitative design (N=22), public health managers were interviewed about the extent & nature of their collaborative efforts in the Healthy Babies, Healthy Children (HBHC) Program in Ontario, Canada. Using a conceptual framework of resource exchange theory, this study found that relational processes specifically: (a) previous relationships with other agencies & (b) interpersonal relations namely: informality, local community, open communication & resolving conflicts were the reasons for successful collaborations. Implications are directed toward: health & social planners, administrators, board members, funding bodies & policy-makers. The study offers new knowledge about a subject which has received minimal attention in the literature.

**(28) Emshoff JG, Darnell AJ, Darnell DA, Erickson SW, Schneider S, Hudgins R. Systems change as an outcome and a process in the work of community collaboratives for health. Am.J.Community Psychol. 2007 June;39(3-4):255-267**

The widespread development of comprehensive community initiatives that aim to improve community health is driven by the need to change the systems charged with delivering the services and creating the policies related to a variety of health outcomes. Georgia's Family Connection initiative is the nation's largest statewide network of community collaboratives for health, with collaboratives operating in 159 counties. Data on community context, collaborative processes, engagement in systems change, and changes in programs and activities implemented, gathered consistently at the collaborative level over 3 years, will be used to answer the following questions. How do community contexts and the structure and processes of collaboratives affect implementation of systems change? How do systems changes affect intermediate outcomes such as the type of programs offered in a community? Longitudinal change in systems change and program implementation is described and significant predictors of between-collaborative variation in longitudinal change for each outcome are identified.

**(29) Epstein JL. A Case Study of the Partnership Schools Comprehensive School Reform (CSR) Model. Elementary School Journal 2005 11;106(2):151**

This case study reports the feasibility of the Partnership Schools Comprehensive School Reform (CSR) model for school improvement in a Title I elementary school. Interviews were conducted and documents were collected for 3 years to study whether and how the school implemented key policy attributes--specificity, consistency, authority, power, and stability--that have explained the successful implementation of other CSR programs. The data also identified if and how the school implemented essential elements of teamwork, leadership, action plans, implemented activities, evaluation, and networking, which have explained improvements in programs of family and community involvement. With the implementation of the model, the case study school increased the number of families involved in students' education at school and at home. Longitudinal achievement test scores showed that the CSR school improved the percentage of students attaining proficiency by state standards compared to schools that were matched, one each, for math, reading, and writing. The CSR school also closed its gap in test scores with the district as a whole, despite the fact that the district included several schools in more affluent neighborhoods with higher test scores in the base year. The study revealed a new factor for program development, transitioning, which extends the existing frameworks on

program implementation by requiring plans and decisions about continuing a program or parts of it before the end of the CSR grant.

**(30) Erkolahti R, Ilonen T, Lahtinen E. A home-treatment system in child and adolescent psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2004 Jul;9(3):427-436**

This article describes a working model in which an evaluation and intervention programme for child and adolescent psychiatric patients and their families is conducted in the family's home. To improve services for child psychiatric patients, a home-based evaluation, guidance and treatment programme was started in Satakunta Hospital District in 1995. Further goals were to improve connections between the child's environment and social network, to reduce the long waiting list for treatment and to offer an alternative to in-patient care. Conducting psychiatric care at home enables the clinical team to correct problematic forms of interaction in an effective and constructive manner. The whole family works with staff members, creating a strong therapeutic relationship and opportunities for therapeutic reflection. Parents' motivation to improve their parenting abilities is increased. The main benefits are comprehensiveness and a direct effect on the family's daily life. The largest numbers of patients, in both the home treatment and in-patient programmes (31 and 39%), were diagnosed with affective disorders. The second largest group in the home-treatment programme (18%) was diagnosed with developmental and organic disorders, and in the in-patient programme (33%) with conduct disorders. The number of patients in the home-treatment programme has steadily increased. By 2000, 26% of patients were treated at home.

**(31) Fawcett M, Hay P. 5-5-5 Creativity in the Early Years. *International Journal of Art and Design Education* 2004 10;23(3):234-245**

5-5-5 Creativity in the Early Years has involved five early years' settings, five artists and five cultural centres working in partnership to support young children (3-6 years) in their exploration, communication and expression of creative ideas. This year-long research project has been inspired by the approach to education and the creative arts in early years' settings in Reggio Emilia, Northern Italy. The three aims have been evaluated; they were: to demonstrate ways in which creativity and innovation can be fostered in and with young children; to influence early years' educational practice by establishing creativity as an essential foundation of early learning; and to share findings as widely as possible, creating a legacy for the future. This article examines the collaborative processes between artists, educators and cultural centres as they worked with young children using a creative and reflective cycle. The underpinning principles and the role of professional development have been essential to the success of the project. Findings show that careful observations and documentation of children's words will provide insight into their ideas and understandings. As adults it is our role to facilitate and support children's depth of learning. By respecting children and taking time to make observations and connections with the children's thinking, we can refine our own efforts in supporting their learning more effectively.

**(32) Fernandez E. Effective interventions to promote child and family wellness: a study of outcomes of intervention through Children's Family Centres. *Child.Fam.Soc.Work.* 2004 Feb;9(1):91-104**

This paper reports research carried out in Australia designed to evaluate the impact of family support interventions by comparing the views of families and their caseworkers with respect to the perceived benefits and outcomes of the interventions in the context of changes in family functioning and parent-child relationships, and the extent to which changes led to reduced involvement in protective services. The intervention was monitored over a six-month period using a pre- and post-test design, incorporating quantitative and qualitative approaches in the methodology. The paper discusses: problem domains identified; changes in caregivers' level of distress, problem solving and learning ability, bonding style and use of discipline; parents' and children's cooperation with the programme; and implications of the findings for policy and research methodology.

**(33) Fernandez E. Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. Children and Youth Services Review 2007 Oct.;29(10):1368-1394**

Responding to vulnerable families through early intervention and family support is advocated as vital to children's well-being and interrupting patterns of maltreatment. This paper documents selected findings from a study of client outcomes from participation in family support services delivered through a network of Family Centres. Following a prospective sample of families interventions were monitored over six months using a pre- and post-test design incorporating quantitative and qualitative approaches in the methodology. Data from personal interviews with caseworkers, parents and children are analysed to profile family need and change in the domains of child well-being, family safety, family interactions, parental capabilities and environment. The implications for policy and practice discussed emphasise assessments and interventions that are multidimensional and the potentially valuable contribution of families and children to research and service planning.

**(34) Frost N, Robinson M, Anning A. Social Workers in Multidisciplinary Teams: Issues and Dilemmas for Professional Practice. Child and Family Social Work 2005 Aug;10(3):187-196**

This paper draws on the findings of a project, funded by the Economic & Social Research Council of the UK, examining how child & family multidisciplinary teams learn & work together. It outlines the approach taken by the research team before going on to explore New Labour policy around 'joined-up thinking'. The paper focuses on the role of social workers in the teams & uses qualitative data to explore the experience of social workers in relation to four key issues: models of professional practice, status & power, confidentiality & information sharing, & relations with external agencies. We argue that these are complex & contested issues that are challenging for the workers concerned. We conclude that whilst joined-up working is complex & demanding, social work is well situated to meet the challenge, & that social workers in multidisciplinary teams are committed to making them work. 28 References. Adapted from the source document.

**(35) Darling SM, Gallagher PA, Rhodes CA. Parents as professionals in early intervention: a parent educator model. Topics in Early Childhood Special Education 2004 Spring;24(1):5-13**

One of the goals of a family-centered approach in early intervention is to equally involve family members as active partners with professionals. This article describes one state's model of family involvement using parents of young children with disabilities as parent educators in the Part C system. Qualitative focus group data were collected with the parent educators over 6 time periods and revealed their changing perceptions about their roles as parent educators, as well as their perceived challenges and successes. Parent educators ultimately came to see themselves as "professionals" working to bring a family perspective to the early intervention system.

**(36) Gardner F, Burton J, Klimes I. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 2006 Nov;47(11):1123-1132**

Background: To test effectiveness of a parenting intervention, delivered in a community-based voluntary-sector organisation, for reducing conduct problems in clinically-referred children. Methods: Randomised controlled trial, follow-up at 6, 18 months, assessors blind to treatment status. Participants -76 children referred for conduct problems, aged 2-9, primarily low-income families, randomised to treatment vs. 6-month wait-list group. Retention was 93% at 6 months, 90% at 18 months. Interventions - Webster-Stratton Incredible Years video-based 14-week group programme, teaches cognitive-behavioural principles for managing behaviour, using a collaborative, practical, problem-solving approach. Primary outcomes - child problem

behaviour by parent-report (Eyberg) and home-based direct observation; secondary outcomes - observed positive and negative parenting; parent-reported parenting skill, confidence and depression. Results: Post-treatment improvements were found in child problem behaviour, by parent-report (effect size (ES) .48,  $p = .05$ ) and direct observation (ES .78,  $p = .02$ ); child independent play (ES .77,  $p = .003$ ); observed negative (ES .74,  $p = .003$ ) and positive (ES .38,  $p = .04$ ) parenting; parent-reported confidence (ES .40,  $p = .03$ ) and skill (ES .65,  $p = .01$ ), using ANCOVA to control for baseline scores. Maternal depression did not change. Consumer satisfaction was high. At 18-month follow-up, although no randomised comparison was possible, changes appeared to maintain, with no significant change toward baseline level on any measure. Change in observed positive parenting appeared to mediate change in child problem behaviour ( $p < .025$ ). Conclusions: Findings suggest that a group-based cognitive-behavioural parenting programme, delivered by well-trained and supervised staff, can be effective in a community voluntary-sector setting, for reducing conduct problems and enhancing parenting skills. Change in parenting skill appears to be a key mechanism for change in child behaviour. Findings have implications for feasibility of translating evidence-based programmes, even for clinically-referred conduct problems, into less specialised community settings, likely to have lower costs and be more accessible for families.

**(37) Gettinger M, Stoiber KC. Functional Assessment, Collaboration, and Evidence-Based Treatment: Analysis of a Team Approach for Addressing Challenging Behaviors in Young Children. J.School Psychol. 2006 06;44(3):231-252**

This study examined the effects of functional assessment and positive behavior support on classroom behaviors of young children. An experimental program, entitled FACET, was implemented by school-based teams in pre-kindergarten through first-grade classrooms. Observations of child behaviors and classroom variables were compared between experimental and control classrooms. Results indicate that children in FACET classrooms made significant gains from baseline to post-intervention and exhibited a higher occurrence of positive behaviors and fewer negative behaviors compared to control children. Behavior gains were positively correlated with the level of treatment fidelity. These findings support the effectiveness of an intervention that incorporates functional assessment, collaboration, and evidence-based treatment with young children who exhibit challenging behaviors.

**(38) Gibb K, Tunbridge D, Chua A, Frederickson N. Pathways to Inclusion: Moving from Special School to Mainstream. Educational Psychology in Practice 2007 06;23(2):109-127**

The present study investigated a schools partnership program that has achieved an unusually high level of reintegration of children with Special Educational Needs (SEN) from a special school to neighbourhood mainstream schools. The study explores, through a qualitative methodology, the perspectives of mainstream and special school staff. Factors that were barriers and facilitators in successful inclusion are identified and a measure of social inclusion completed by peers is used to validate the perceptions of staff regarding the success of the children's social inclusion. The article concludes by considering a model of special school-mainstream school partnerships in promoting inclusion, developed from the factors identified.

**(39) Goldbeck L, Laib-Koehnemund A, Fegert JM. A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. Child Abuse & Neglect 2007 9;31(9):919-933**

**Objective** This study evaluates the effects of expert-assisted child abuse and neglect case management in the German child welfare and healthcare system as perceived by the case workers themselves. **Methods** Case workers with different professions (social workers, counsellors, clinic-based and office-based psychotherapists, and physicians) participated in the study. They were responsible for 80 child protection cases which were enrolled for the study and randomly assigned either to expert-assisted case management or to case management as usual. The sample represented a broad range of child protection problems with alleged or



confirmed physical abuse, sexual abuse, emotional abuse and/or neglect. The victims were between 0 and 18 years of age. The intervention group received two to six case review sessions provided by child protection experts from outside of the case workers' own institution within 6 months after referral of the case. The case workers' satisfaction with the perceived degree of child protection, their level of certainty in the process of investigation, risk assessment and intervention planning, the quality of inter-institutional communication, and the involvement of children and families were evaluated. Results Overall, only few between-group differences indicated effects of the intervention program. There was a statistical tendency toward more satisfaction with the perceived degree of child protection in the intervention group. Certainty in the estimation of suspected child abuse decreased significantly in the intervention group, compared with the control group, whereas certainty with respect to intervention planning increased. There were no group differences in the estimation of inter-institutional communication. Case workers in the intervention reported significantly fewer legal prosecutions of the perpetrators than case workers without expert assistance. However, the involvement of children in planning the interventions was significantly lower in the intervention group. Conclusions Expert-assisted case management may change the case workers' perception of the evidence for abuse and guide their interventions to provide child protection. Modifications of the method should consider improved participation of the child.

**(40) Bjerkeli Grovdal L, Grimsø A, Ivar Lund Nilsen T. Parent-held child health records do not improve care: A randomized controlled trial in Norway. *Scand.J.Prim.Health Care* 2006 Sep;24(3):186-190**

**Objective.** To study the effects of a parent-held child health record (PHCHR) that was created by the Norwegian Board of Health with the purpose of introducing this to the whole country. **Design.** Randomized controlled trial. **Setting.** Maternal and child health centres in 10 municipalities in Norway. **Subjects.** Parents of 309 children attending the National Preschool Health Surveillance Programme. **Intervention.** Half of the parents were given a PHCHR and short instructions on how it was expected to be used. **Main outcome measures.** Parent-professional collaboration, healthcare utilization, and parents' knowledge about child health matters and illness. **Results.** Some 73% of the intervention group used the PHCHR regularly when visiting the health centres, 79% reported that their own writing in the record was helpful, and 92% favoured the PHCHR being permanently adopted. Use of the record did not influence the utilization of healthcare services, parents' knowledge of their child's health, or parents' satisfaction with information or communication with professionals. **Conclusions.** The PHCHR was well accepted by parents and professionals but it had no effects on collaboration, healthcare utilization, or other measures that could justify the costs of introducing the record into common use. Therefore, the introduction of a parent-held child health record in Norway is being postponed.

**(41) Hadley PA, Simmerman A, Long M, Luna M. Clinical forum. Facilitating language development for inner-city children: experimental evaluation of a collaborative, classroom-based intervention. *Lang.Speech Hear.Serv.Sch.* 2000 Jul;31(3):280-95, 299-307**

**Purpose:** This study explores the effectiveness of a collaborative, classroom-based model in enhancing the development of vocabulary and phonological awareness skills for kindergarten and first-grade children in an inner-city school district. **Method:** Four regular education teachers from the neighborhood school were randomly selected for participation. Children were randomly assigned to classrooms following usual school procedures. Two classrooms served as standard practice controls. In the other two classrooms, a collaborative service delivery model was implemented. One certified speech-language pathologist taught in each experimental classroom 2-1/2 days per week. The speech-language pathologist and the regular education teachers engaged in joint curriculum planning on a weekly basis. Vocabulary and phonological awareness instruction was embedded into ongoing curricular activities. Additionally, explicit instruction in phonological awareness was planned for a 25-minute small-group activity center weekly. **Results:** Following the 6-month intervention, superior gains were noted

in receptive vocabulary, expressive vocabulary, beginning sound awareness, and letter-sound associations for children in the experimental classrooms as compared to children in the standard practice control classrooms. The children in the experimental classrooms also showed greater improvement on a deletion task in comparison to the children in the standard practice classrooms. Importantly, this task was never used as an instructional activity, and thus demonstrated generalization to a novel phonological awareness task. Clinical Implications: The results are discussed with regard to the positive benefits of collaboration in facilitating the language abilities of inner-city children who are at risk for academic difficulties in the early elementary grades.

**(42) Häggman-Laitila A. Varhainen tuki perheen terveyden edistämässä : analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2002;39(3):192**

**(43) Harker RM, Dobel-Ober D, Berridge D, Sinclair R. More Than the Sum of Its Parts? Inter-Professional Working in the Education of Looked after Children. Children & Society 2004 June;18(3):179-193**

This article highlights work underway in three English local authorities to promote effective inter-agency collaboration around the education of looked after children. Insight drawn from these local authorities is used to review previous literature concerning inter-agency collaboration in a variety of contexts. The relevance of previous research to issues concerning the education of looked after children is discussed & key factors associated with effective collaboration are highlighted. Barriers which have served to obstruct joint working & strategies adopted to deal with these are also discussed.

**(44) Heikkinen A, Puura K, Mattila K. Improving health centre physicians' child-psychiatric networks. Scand.J.Prim.Health Care 2005 03;23(1):26-27**

**Objective** To study changes in Finnish GPs' child-psychiatric networks over a one-year period. **Design** Postal questionnaire. **Setting** Health centres in the area of Tampere University Hospital with a catchment population of one million. **Intervention** A one-off course in the field of child psychiatry was held 56 times in different health centres. **Subjects** GPs (n=761) working in the area received a questionnaire in 2000 and 2001. Those responding in both years were included in the analysis (n=371). **Main outcome measures** A fill-in picture was used to identify professionals in the network of each GP. Three levels were analysed: (1) health centre, (2) municipality, and (3) secondary healthcare. **Results** The number of collaborators increased significantly only in the training group at municipality level. No statistically significant differences were found in proportions of GPs naming cooperating persons. **Conclusion** The impact of a one-off training programme on the scope of GPs' child-psychiatric networks was not very strong but was in accordance with the aims of the programme.

**(45) Hopia H. Somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen perheen terveyden edistäminen : toimintatutkimus lastenosastolla. Acta Universitatis Tamperensis. No 1151 2006**

**(46) Hourihan F, Hoban D. Learning, enjoying, growing, support model: an innovative collaborative approach to the prevention of conduct disorder in preschoolers in hard to reach rural families. Aust.J.Rural Health 2004 Dec;12(6):269-276**

**OBJECTIVE:** To develop, implement and evaluate a pilot program targeting rural families with preschool aged children at risk of conduct disorder. **DESIGN:** A prospective single group repeated measures design. **SETTING:** Communities in four local government areas in the Mid Western Area Health Service, New South Wales. **SUBJECTS:** A total of 33 families were referred to the program through community services where they were established clients. **INTERVENTIONS:** The Learning, Enjoying, Growing, Support model comprised a parenting program (Incredible Years; Kids Challenge and Change); a children's social skills program (Playing and learning to Socialise) and a transition to school component. Group programs were run simultaneously over 5-10 weeks. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Measures of posi-

tive parenting and child problem behaviour and social skills were conducted on referral, and at completion of the program. RESULTS: There was a self-reported increase in utilisation of all positive parenting skills with significant increases in rewarding (median score on referral: 4 (range: 4-6); at completion of program 6 (4-6); ( $P = 0.02$ )) and ignoring (2 (0-6) to 3 (1-8); ( $P = 0.02$ )). Children increased their levels of social skills. Significant improvement was reported in cooperation: (median score: 24 (18-33) to 27 (19-33); ( $P = 0.02$ )); interaction (24 (6-9) to 26 (11-32); ( $P = 0.03$ )) and independence (25 (16-33) to 28 (20-33); ( $P = 0.008$ )). There was a downward trend in problem behaviour exhibited with a significant reduction in internalising behaviour (median score 19 (3-30) to 12 (0-32); ( $P = 0.04$ )). CONCLUSIONS: The positive impact of the model on parenting skills and child behaviour is promising and communities are continuing to run the programs. We recommend a broader adoption through rural communities.

**(47) Hudson DB, Campbell-Grossman C, Fleck MO, Elek SM, Shipman A. Effects of the New Fathers Network on first-time fathers' parenting self-efficacy and parenting satisfaction during the transition to parenthood. *Issues Compr.Pediatr.Nurs.* 2003 Oct-Dec;26(4):217-229**

The effectiveness of an Internet-based intervention, the New Fathers Network, was tested in improving first-time fathers' parenting self-efficacy and parenting satisfaction during the first 8 weeks following their infants' birth as compared with no intervention (Comparison Group). Parenting self-efficacy and satisfaction scores for the Intervention Group significantly improved from 4 to 8 weeks; parenting self-efficacy and satisfaction scores for the Comparison Group to which no intervention was given did not change significantly. Participants were primarily satisfied with the New Fathers Network.

**(48) Hutinger PL, Johanson J. Implementing and Maintaining an Effective Early Childhood Comprehensive Technology System. *Topics in Early Childhood Special Education* 2000 Fall;20(3):159-173**

The Early Childhood Comprehensive Technology System (ECCTS) was a 3-year collaborative project designed to implement and maintain a comprehensive technology system through on-going training, follow-up and technical support for teachers, team-based technology assessment for children with moderate to severe disabilities, technology integration into the classroom curriculum, and transition into kindergarten.

**(49) Rushton CH, Reder E, Hall B, Comello K, Sellers DE, Hutton N. Interdisciplinary interventions to improve pediatric palliative care and reduce health care professional suffering. *J.Palliat.Med.* 2006 Aug;9(4):922-933**

Objective: To implement and evaluate a quality improvement program of interdisciplinary palliative care education and support intended to increase the competence, confidence and ability to manage personal grief of health care professionals caring for dying children. Setting: A children's hospital in an urban academic medical center. Participants: Pediatric health care professionals of all disciplines caring for children with life-threatening conditions. Interventions: We initiated a quality improvement program of professional education and support consisting of four interdisciplinary activities facilitated by the pediatric palliative care team. The Compassionate Care Network (CCN) provides an open forum for interdisciplinary networking and education. Palliative Care Rounds (PCR) provides education through monthly case-based discussions on selected units. Patient Care Conferences (PCC) facilitate communication and care planning for selected patients with palliative care needs on any unit in the children's center.. Bereavement Debriefing Sessions (BDS) offer health professionals the opportunity to manage their responses to grief after a patient's death. Evaluation measures: From February 2002 to September 2003, we prospectively tracked the frequency of sessions conducted, the number and discipline of attendees, the age and diagnosis of patients discussed, and themes raised at each session. Participants evaluated each session. Results: One hundred one sessions were conducted (PCR = 31, PCC = 23, CCN = 9, BDS = 38) for 950 participants (PCR = 312, PCC = 188, CCN = 193, BDS = 257). All units and disciplines participated in one or more sessions.

Evaluations report that sessions are informative and will influence future professional practice. Conclusions: A program of interdisciplinary interventions can successfully educate and support health care professionals in providing palliative and end-of-life care for children. This program model can be applied in diverse pediatric health care settings.

**(50) Iversen, Shimmel JP, Ciacara SL, Prabhakar M. Creating a family-centered approach to early intervention services: perceptions of parents and professionals. *Pediatr.Phys.Ther.* 2003 Spring;15(1):23-31**

Purpose: This study compares the attitudes of parents and early intervention (EI) providers concerning the effectiveness of family-centered services, identifies factors associated with parental satisfaction, and describes providers' perceptions of obstacles in forming collaborative relationships with families. Methods: A cross-sectional study was used to assess providers' (N = 11) and parents' (N = 18) perceptions of EI services. Participants completed a questionnaire including basic demographics, services received, and perceived effectiveness in the delivery of services. Participants also completed a modified version of the Project Dakota assessment of program effectiveness in meeting the needs of families. Results: Eighty-seven percent of parents were satisfied with their EI programs, with lesser parental satisfaction noted in learning how to develop strategies and set goals, strategies to discipline and set limits, and available community resources. Providers' overall satisfaction was 99%. Providers felt they needed more development in building parent networks and helping parents value the time their child spends with children without delays. Conclusions: The results of this study are consistent with previous literature and suggest that the attitudes of parents and professionals regarding program effectiveness are similar.

**(51) Jones B, Litzelfelner P, Ford J. The Value and Role of Citizen Review Panels in Child Welfare: Perceptions of Citizens Review Panel Members and Child Protection Workers. *Child Abuse Negl.* 2003 June;27(6):699-704**

Explores the benefit & role of Citizen Review Panels in child protection, drawing on mail survey data from 24 panel members & 58 child protection workers in a southern state. Findings reveal a difference between panel members & child protection workers regarding whether or not they believed citizen input on child protective services was important, with the former seeing it as more important than the latter. It is argued that such disagreement might invalidate the citizen groups before they even get started. This difference is identical regarding the perceived need for child protective service system change, which also reflects disagreement about citizen involvement. Results indicate a need for citizen-worker communication about agency-community partnerships & the value of citizen participation in addressing the needs of families. In light of the fact that both parties saw education as the best way for citizens to work with the system, a training program tailored for Citizen Review Panels is suggested.

**(52) Jones BL. Effectiveness of citizen review panels. *Children and Youth Services Review* 2004 Dec;26(12):1117-1127**

In 1996, the U.S. congress passed legislation mandating citizen review panels (CRP) for child protective services in all states. These panels are composed of citizen-volunteers who are charged with evaluating state child welfare systems and making suggestions for improvement. Although millions of federal dollars are being used to fund these panels, no research has been conducted as to what aspects of the review process are viewed by participants in CRPs as being most effective in influencing policy. This study reports the findings of a survey relative to variables that contributed to the effectiveness of citizen review panels in a 10-state area in the Midwest and South. The findings suggest that the perceived effectiveness of panels in influencing policy is related to increased communication, an awareness of roles and limitations, legitimate collaboration, and realistic goals. Factors that impede effectiveness include lack of trust, time constraints, unclear roles, and weak communication.

**(53) Kalpogianni E, Frampton I, Rado T. Joint working between occupational therapy and clinical psychology in a school setting: a neurorehabilitation case study of a child with an acquired developmental disability. *British Journal of Occupational Therapy* 2001 Jan;64(1):29-33**

Presents a case study of the assessment and treatment of an 8-year-old boy with developmental disabilities following meningitis. Explores the extent to which clinical child psychologists and paediatric occupational therapists share a common frame of reference that enables them to work jointly, in an effective and complementary way, to improve clinical standards.

**(54) Kouri P, Palomaki T, Turunen H. "Maternity clinic on the net service" and its introduction into practice: experiences of maternity-care professionals. *Midwifery* 2005 Mar;21(1):177-189**

Objective: to describe the experiences of maternity-care professionals using an Internet-based network service, called Net Clinic, and the opportunities and obstacles they encountered in Net Clinic while organising their work and developing their know-how. Design: qualitative information gathered from semi-structured thematic interviews. Setting: four maternity care units in Eastern Finland (one antenatal ward in a university hospital, one antenatal ward in a central hospital, two maternity clinics in the community). Participants: five midwives, two public health nurses and three doctors. Findings: all participants considered adequate privacy protection a prerequisite for development. They anticipated that because of their computer skills, young people would be able to use information and communication technology (ICT) as part of maternity-care services naturally. Managerial support, such as allocation of time and equipment, was extremely important during the introductory phase. The participants were divided into three groups based on their experiences of implementing Net Clinic: (1) "doubters" did not believe in their own ICT competence and were afraid of using Net Clinic. They also showed resistance to Net Clinic. Doubters wanted versatile and personal guidance in ICT skills; (2) "accepters" agreed that progress in ICT would inevitably affect their work. Development was considered difficult without awareness of the benefits of ICT, and Net Clinic was expected to increase their workload. Accepters preferred to have one-to-one ICT training; (3) "future confidants" saw ICT as a useful tool for developing maternity care. They recognised the opportunities implicit in network collaboration and wanted versatile user training in ICT. They wanted successful network service models and were eager to develop them. Implications for the future: families will increase their knowledge levels, as those who will be future parents are learning to use public network services at school. The increasing diversity of family structure will be a challenge to maternity care. Changes in maternity services can be accomplished with new e-Working models developed through diversified co-operation and with managerial support. The crucial question will be the attitude of maternity-care professionals towards Internet-based network service in their work.

**(55) Kratochwill TR, McDonald L, Levin JR, Young Bear-Tibbetts H, Demaray MK. Families and Schools Together: An Experimental Analysis of a Parent-Mediated Multi-Family Group Program for American Indian Children. *J.School Psychol.* 2004 09;42(5):359-383**

The goals of this randomized intervention study were to: (a) increase academic performance among American Indian children ages 4-9 years and (b) reduce classroom problem behaviors. To achieve these goals, the multi-family group program called Families and Schools Together (FAST) was adapted with three American Indian Nations in Wisconsin. Over 3 years, seven multi-family group cycles of FAST were implemented, each lasting 8 weeks. In collaboration with the College of Menominee Nation, this parent intervention approach was adapted to express tribal values while maintaining its core components. Fifty pairs of universally recruited American Indian students at three schools who were assessed, matched on five variables, and then randomly assigned to either the FAST or non-FAST control condition. Pretest, posttest, and 9- to 12-month follow-up data were collected by American Indian staff and university students on multiple indicators of academic and behavioral performance. Of the 50 families that attended FAST meetings at least once, 40 graduated (80%) from the 7 FAST cycles. On the

immediate posttest, statistically significant differences in improvement, favoring FAST participants were found on the Aggressive Behavior scale of the teacher-rated Child Behavior Checklist (CBCL) and on the parent-rated Withdrawn scale of the same instrument. On the 1-year follow-up assessment, parent CBCL ratings indicated that FAST students had maintained their less withdrawn status and teacher ratings on the Social Skills Rating Scale (SSRS) revealed that FAST participants had exhibited relatively greater improvement in their academic competence. Parent surveys of the graduated students generally showed satisfaction with the program. Implications of the present results and future research directions are discussed.

**(56) Kruske S, Barclay L, Schmied V. Primary Health Care, Partnership and Polemic: Child and Family Health Nursing Support in Early Parenting. *Australian Journal of Primary Health - Interchange* 2006 Aug;12(2):57-65**

This qualitative research utilised a health services research framework & ethnographic methods to explore, describe & analyse contemporary child & family health (C&FH) nursing practice in an area of New South Wales, & identify the major factors that impact on their ability to effectively support families. The research identified the complexity of current C&FH nursing practice & changes in the philosophy that underpinned this at the policy level that were difficult to adopt. Despite a change in policy direction that advocated a partnership approach, nurses predominantly continue to frame their practice within an "expert" model. The nurses also struggled to deliver new service models while maintaining access for all families. Some explanations for the tensions experienced by the nurses relate to their age & educational preparation within the workforce. Other factors relate to the structures & management systems evident within the health service that employs them. To effectively support new families within the community, health systems must adequately resource services & support C&FH nurses in changing from a paradigm of expert to partner, consistent with primary health care practice. 48 References. Adapted from the source document.

**(57) Krysik J, LeCroy CW. The Evaluation of Healthy Families Arizona: A Multisite Home Visitation Program. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 2007;34(1-2):109-127**

Healthy Families Arizona is a broadly implemented home visitation program aimed at preventing child abuse and neglect, improving child health and development, and promoting positive parent/child interaction. The program began as a pilot in two sites in 1991 and by 2004 had grown to 48 sites located in urban, rural, and tribal regions of the state. The unique administrative structure of the program and collaboration between evaluation and quality assurance have helped overcome many of the problems familiar to home visitation programs. This paper describes how a systematic focus to improve processes and outcomes has positioned the program for a randomized longitudinal study. Key components of the program are described and evaluation results are presented.

**(58) Leistyna P. Extending the Possibilities of Multicultural Community Partnerships in Urban Public Schools. *The Urban Review* 2002 Mar;34(1):1-23**

To combat the sociocultural tensions that the city of Changelton is facing, an effort is being made by the school district to create a system-wide multicultural education program. A volunteer group has been established to shape what it hopes will provide a foundation for working toward mitigating the cultural strife that plagues the schools & community. Through a 3-year qualitative study, this research has documented the developments in the committee's work. The specific area addressed here is the group's efforts to create a partnership between the school & the community. This article provides practical ideas to urban educators interested in such an endeavor & shows that the critical problem is that parental involvement is often not recognized as being determined within specific & unequal relations of power -- that attempts at school/community partnerships are often based on white, middle-class assumptions about parents' outlooks, language, resources, & time available for schoolwork. The focus & intent here are to acknowledge that it is crucial to recognize the multiplicity of groups & issues that

are present in every town & city. Without being open to all differences of opinion & perspective, the idea of community involvement & public deliberation is fruitless.

**(59) Littell JH, Girvin H. Correlates of Problem Recognition and Intentions to Change among Caregivers of Abused and Neglected Children. *Child Abuse & Neglect: The International Journal* 2006 12;30(12):1381-1399**

Objective: To identify individual, family, and caseworker characteristics associated with problem recognition (PR) and intentions to change (ITC) in a sample of caregivers who received in-home child welfare services following substantiated reports of child abuse or neglect. Methods: Caregivers were interviewed at 4 weeks, 16 weeks, and 1 year after referral for in-home services. In these interviews, the University of Rhode Island Change Assessment scale assessed PR and ITC in relation to caregiving practices. Additional data were obtained from administrative records and surveys of in-home services caseworkers. We used growth models to identify caregiver, family, and caseworker characteristics associated with initial levels of PR and ITC, and with changes in PR and ITC over time. Results: Contrary to expectations, there were no overall increases in PR and ITC during the first 4 months of in-home services. PR and ITC scores fluctuated over time, in relation to some external events, case characteristics, and caseworker characteristics; however, we were able to account for small portions of the variance in PR and ITC. Controlling for social desirability bias and other variables in the analysis, negative life events, lack of network support, and the severity of caregiver depression were associated with greater PR; housing problems were associated with lower PR. Caregiver depression and age were associated with ITC. Caregivers whose children had been removed from their homes showed significant increases in ITC in the first few months of in-home services. The duration of caseworkers' child welfare experience predicted increases in their clients' PR in the first 4 months and more frequent contacts with an experienced caseworker predicted small, but significant increases in ITC over time. Conclusions: PR and ITC are associated with somewhat different case characteristics and may be affected by caseworkers' experience.

**(60) Lutenbacher M, Karp S, Ajero G, Howe D, Williams M. Crossing community sectors: challenges faced by families of children with special health care needs. *J.Fam.Nurs.* 2005 May;11(2):162-182**

This article identifies unmet needs and challenges of 37 families caring for children with special health care needs (CSHCN). Data were collected in focus groups. Data saturation occurred in the third group. Another group was conducted to ensure adequate inclusion of rural participants. Mean age of participants was 36 years. Most participants were women (92%), Caucasian (65%), high school graduates (89%), and employed, with 38% from rural communities. All families had health care insurance, primarily Medicaid (87%). An interdisciplinary team used NVIVO software to facilitate content analysis. Seven areas emerged: family support systems, early intervention/school systems, coordination of care, lack of knowledge, provider/family relationships, parent roles, and insurance systems. Caregivers noted the critical role of nurses but a lack of nurse presence in community care systems. This study adds to the multidimensional nature of caring for CSHCN and highlights the importance of considering how families interface with multiple community sectors.

**(61) Malone DG, Easterbrooks S, Gallagher PA. Service Providers? Perceptions of Universal Newborn Hearing Screening and Intervention Training Needs. *Teacher Education and Special Education* 2005 01;28(1):29-39**

Following the initial implementation of universal newborn hearing screening initiatives currently required by law in most states, there is a need to move beyond the hospital follow-up to the delivery of services and support for children identified with hearing loss. A cadre of trained providers is needed to deliver these services. In order to provide training to professionals from varied backgrounds and disciplines expeditiously, one state provided training in a multidisciplinary context. Such an approach encourages broader follow-up, consistency across providers, and an enhanced multidisciplinary perspective for fostering collaboration across public and

private providers. Results of trainees' self-assessments of their level of preparedness on specific objectives prior to and after eight training sessions are reported in this article. Significant increases were evident in participants' reported knowledge of and perceived ability to implement identified objectives. Qualitative results illustrated that participants gained knowledge of intervention strategies and techniques and expressed a desire for further training in this area.

**(62) Manalo V. Understanding practice principles and service delivery: The implementation of a community-based family support program. *Children and Youth Services Review* 2008 8;30(8):928-941**

Historically, many social work researchers and practitioners have called to reform the child welfare system in this country. Family support programs represent one of the promising initiatives in the child welfare reform movement. Using a qualitative methodology, this study explores the implementation of a family support program in a collaborative network of over 60 agencies in the southern portion of a large, urban county in the Western United States. Focus groups of family support staff and administrators discuss their understanding of important family support principles and how they are translated into service delivery. While discussing barriers to the implementation of the family support program, the focus group participants reaffirmed their enthusiasm for the family support program. The findings highlight the need for strong advocacy by child welfare agencies to gain a long-term commitment to fund family support, as well as the need for further research in the incorporation of family support practice principles as they impact program outcomes.

**(63) McDonald PS, Burgess C, Smith K. A Support Team for Foster Carers: The Views and Perceptions of Service Users. *The British Journal of Social Work* 2003 Sept;33(6):825-832**

There has been growing concern about the level & nature of support available for those who provide care for foster children & young people. An interdisciplinary Primary Care & Support Project was established by health, social services, & education agencies in Worcestershire to address this problem. In a series of interviews with 10 foster carers it was established that they did not value the traditional support given to foster carers, as it was unable to solve the complex issues & state of impasse that often existed. Foster carers desired team-based & interdisciplinary interventions focused upon them as equals. Prospective foster care support teams need to be explicit about their remit & referral process & have a clear foster carer focus. Such teams can have a positive effect upon the psychological well-being of foster carers, their child management, & upon the children themselves. This study further suggests that such teams will have a positive impact upon recruitment, retention, & stable placements. The results of this study may be of assistance to those others intending to set up similar foster carer support teams.

**(64) Mitchell W, Sloper W. The integrated children's system and disabled children. *Child & Family Social Work* 2008 13:274-285**

**(65) Moes DR, Frea WD. Contextualized behavioral support in early intervention for children with autism and their families. *J. Autism Dev. Disord.* 2002 Dec;32(6):519-533**

Presents a study that investigated the use of information on family context (i.e. caregiving demands, family support, patterns of social interaction) to direct the assessment and intervention planning process. Information on family context was used to individualize behavioral support plans designed to support family use of functional communication training within important family routines. Through parent-investigator collaboration, the manner in which functional communication training procedures were taught and implemented were individualized so that they were contextually relevant. Using a multiple baseline design, the challenging behaviors and functional communication of 3 children with autism were monitored across baseline, intervention and follow-up phases. Results indicate that consideration of family context in the as-



assessment and intervention planning process may contribute to the stability and durability of reductions achieved in challenging behavior

**(66) Moran P, Jacobs C, Bunn A, Bifulco A. Multi-agency working: implications for an early-intervention social work team. *Child.Fam.Soc.Work.* 2007 May;12(2):143-151**

The adoption of multi-agency working is a key component of the government's agenda for the reconfiguration of children's services. This study examined multi-agency working from the perspective of social workers within an early-intervention family support team. Qualitative methods were used, involving individual interviews as well as focus groups with a total of 29 professionals within the early-intervention social work team and its partner agencies. Thematic analysis of transcripts showed a number of challenges to multi-agency working, which included issues focused on differences in partner agencies' protocols, as well as issues concerning professional status and identity. Messages for best practice that emerged stress the need for clear protocols and methods of negotiating and reviewing protocols; opportunities for informal as well as formal communication between workers; and adequate financial support and time-tabling of service developments. Benefits of multi-agency working involved enhanced inter-agency respect and communication, greater understanding of child protection thresholds among partner agencies and fast-track referrals. Areas requiring further investigation include the blurring of professional boundaries for social workers delivering early-intervention services in community settings and the outcomes for children of multi-agency working in early-intervention services.

**(67) Jennings T, Malin N, Morrow G. Interprofessional teamworking for child and family referral in a sure start local programme. *Journal of Interprofessional Care* 2005 Mar;19(2):93-101**

Interprofessional and inter-agency working are important features of UK government initiatives, such as Sure Start local programmes for children under 4 years old and their families. Part of the vision for Sure Start was that providers of services and support would work together in new ways that cut across old professional and agency boundaries and focus more successfully on family and community needs. This paper describes the development and functioning of a Referral and Allocation Project in one trailblazer Sure Start local programme. The Programme employs staff with backgrounds that include health, social work, education and clinical psychology who work in a shared location. The Referral and Allocation Project sought to develop, through regular meetings, a whole-team inter-agency focus on discussing the needs of families who had been referred, or had referred themselves, to Sure Start and on suggesting ways in which support or advice could be offered and accessed in order to meet their needs. The paper examines issues that arose during the development of the Project, in particular psychodynamic dimensions such as emotional impact and professional anxiety. These may have implications for the format and culture of interprofessional team meetings and for training and professional development.

**(68) Nicholson D, Artz S, Armitage A, Fagan J. Working relationships and outcomes in multidisciplinary collaborative practice settings. *Child and Youth Care Forum* 2000 Feb;29(1):39-73**

A multidisciplinary research team of academics and community practitioner partners worked together to design and conduct an investigation into the purposes, processes, and outcomes of multidisciplinary collaborative practice. A review of the literature revealed a confusing array of terminology while also pointing to potential benefits and challenges, models for practice, and suggestions for research. The pilot research study consisted of 6 case studies set in 3 different programs. The principal finding was that no single model can be applied to all multidisciplinary collaborative endeavors. Highlights the process for collaboration and its prerequisites.

**(69) O'Brien M, Bachmann M, Husbands C, Shreeve A, Jones N, Watson J, et al. Integrating children's services to promote children's welfare: early findings from the implemen-**

**tation of children's trusts in England. Child Abuse Rev. 2006 Nov-Dec;15(6):377-395**

As part of the reform of English children's services, children's trust pathfinders were launched in 2003 by the British government to promote greater inter-agency co-operation between children's services and professionals. This paper reports on early findings from a multi-method, longitudinal national evaluation of the implementation and impact of all 35 children's trust pathfinders. Using data from a 2004 survey of 35 children's trusts managers and in-depth interviews with 107 professionals conducted in 2005, results show strong endorsement of an integrated children's service vision. However, arrangements for co-operation on governance and strategic developments were more advanced than for procedural or frontline professional practice. In this transitional period, professionals were negotiating a balance between targeted and universal service provision and, concurrently, establishing the scope of formal strategic partnership bodies (including local safeguarding children boards) with potentially overlapping remits.

**(70) Ou S. Pathways of Long-Term Effects of an Early Intervention Program on Educational Attainment: Findings from the Chicago Longitudinal Study. Journal of Applied Developmental Psychology: An International Lifespan Journal 2005 09;26(5):578-611**

The present study investigated pathways that might explain the observed linkage between participation in early intervention programs and later educational attainment using a sample from the Chicago Longitudinal Study, an on-going investigation of low-income minority children growing up in high-poverty neighborhoods in Chicago. A review of literature on pathways of early intervention programs on educational attainment was provided. Five mechanisms derived from previous studies, i.e., cognitive advantage, family support, social adjustment, motivational advantage, and school support, were investigated as predictors of educational attainment at age 22 years. LISREL analyses revealed that the relation between participation in the Chicago Child-Parent Center (CPC) program in early childhood and subsequent educational attainment was best predicted by cognitive advantage effects, followed by family support and school support effects. The findings indicated that environmental factors, such as family and school, as well as personal characteristics that may be affected by the intervention, play important roles in predicting educational outcomes. The discussion focuses on how environmental factors such as promoting family-school partnerships and attention to family influences in early intervention programs might maintain and enhance the effects of early intervention so as to promote higher educational attainment much later in development.

**(71) Peart NA, Bryant DM. "Bringing reality to the table": contributors to the lack of parent participation in an early childhood service program. Adm.Soc.Work 2000;24(4):21-37**

The collaborative role of parents in any system that is focused on meeting their needs has been recognized as important to that system's effectiveness. Unfortunately, the extent to which parents are involved in these programs is woefully wanting. This article reports the findings of a study examining an innovative state child care and early education initiative called "Smart Start." Hindrances to parent participation and recommendations for enhancing the involvement of families in collaborative social service partnerships are highlighted.

**(72) PedenMcAlpine C, Tomlinson PS, Forneris SG, Genck G, Meiers SJ. Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. J.Adv.Nurs. 2005 Mar;49(5):494-501**

Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care Aim. This paper discusses the design, evaluation and outcomes of a reflective practice intervention (RPI) that taught paediatric critical care nurses how to incorporate a family intervention into their practice. Background. The literature on reflective practice contains numerous descriptions of reflective practice and various frameworks on how to engage in reflective practice. Additionally, there has been wide debate about the benefits of and problems with the use of reflective practice. However, few empirical studies have been done to evaluate its effectiveness in changing nursing practice. Method. Van Manen's phenomenological research approach was adapted for use

in this study. This approach was consistent with the experiential nature of reflective practice. Interviews were conducted with eight staff nurse participants after the RPI to determine changes in family practice. Analysis of the interview text produced three essential themes. Findings. Three interrelated themes describe change in the nurses' experiences as a result of participating in the RPI: (1) acknowledging and re-framing preconceived ideas about families, (2) recognizing the meaning of family stress and (3) beginning to incorporate the family into nursing care. Conclusions. The RPI stimulated double loop learning that changed paediatric critical care nurses' attitudes about family, enhanced their communication and ability to build trusting relationships with families and brought about a new appreciation of the uniqueness of family stress. There was a new integration of family care into the nurses' practice as a result of the intervention.

**(73) Penticuff JH, Arheart KL. Effectiveness of an intervention to improve parent-professional collaboration in neonatal intensive care. J.Perinat.Neonat.Nurs. 2005 Apr-Jun;19(2):187-202**

**OBJECTIVE:** This study tested the effect of an intervention to strengthen parent-professional collaboration by increasing the accuracy of parents' understanding of medically relevant information and providing parent-professional meetings to plan infants' care. **METHODS:** A tri-ethnic sample of mothers of 154 very-low-birth-weight infants participated, with parents of 77 infants in a control group and parents of 77 infants in an intervention group. Comprehension of infant medical condition and satisfaction with collaboration in treatment decisions in the 2 groups were measured 3 times during the first 28 days after admission using 9 collaboration scales. Intervention effects were analyzed with ANOVA and ANCOVA. **RESULTS AND CONCLUSIONS:** Statistically significant change was found in 6 of 9 scales used to measure collaboration and accuracy of parents' understanding. The intervention group had fewer unrealistic concerns ( $P = .018$ ), and less uncertainty about infant medical conditions ( $P = .003$ ); less decision conflict ( $P \leq .001$ ), more satisfaction with the process by which medical decisions were made ( $P = .012$ ) and with the amount of decision input they had ( $P = .058$ ), and reported more shared decision making with professionals ( $P = .010$ ). There were no statistically significant differences between the groups in satisfaction with infants' care, satisfaction with relationships with physicians and nurses, and satisfaction with the decisions made for their infants' treatment. Infant birth weight and gestational age and maternal demographic characteristics were found to influence collaboration results. The intervention was especially effective in improving understanding and collaboration in low-income, young, minority mothers.

**(74) Porter SC, Forbes P, Feldman HA, Goldmann DA. Impact of patient-centered decision support on quality of asthma care in the emergency department. Pediatrics 2006 Jan;117(1): Supplement):e33-42**

**OBJECTIVE:** Communication barriers between parents of children with asthma and clinical emergency department (ED) providers and subsequent underrecognition of chronicity and severity impede improvements in disease management for patients with asthma in the ED setting. The asthma kiosk, a novel patient-driven decision-support tool, provides ED clinicians with tailored recommendations for guideline-based treatment. We evaluated the impact of the asthma kiosk on measures of quality during ED care, specifically, parent-reported satisfaction with dimensions of care related to communication and providers' adoption of guideline-endorsed processes of care. **METHODS:** A clinical trial composed of a baseline and an intervention period was conducted at a single tertiary care pediatric ED. Eligible participants were English- or Spanish-speaking parents of children who were 1 to 12 years of age and had a respiratory complaint and history of asthma. Parents used the kiosk to report children's symptoms, current medications, and unmet needs. During a 2-month baseline, no output from the kiosk was shared, and usual care proceeded. During a 3-month intervention that followed a 1-week run-in period, the output was shared with ED clinicians. All parents completed a telephone follow-up interview 1 week after discharge. Primary outcomes were (1) prescription of controller medication to patients who had persistent asthma symptoms and were not on con-

trollers and (2) mean problem scores for 2 specific dimensions of care: information-sharing and partnership. **RESULTS:** Over 5 months, 1090 parent-child dyads were screened and 430 were eligible. A total of 286 (66.5%) of 430 parents enrolled in the trial. The kiosk generated severity classifications for 264 (92.3%) of 286 children. A total of 131 parents enrolled during baseline, 13 during a 1-week test phase, and 142 during intervention. Baseline participants were older (mean age: 5.3 years) compared with intervention (4.4 years) but did not differ on chronic severity, current use of controllers, or race. The total number of prescribed inhaled corticosteroids did not vary significantly between intervention and baseline (9 of 50 vs 4 of 43). Providers did prescribe inhaled fluticasone to eligible patients more often during intervention than baseline (9 of 50 vs 2 of 43). The number of reported information problems was unchanged between the baseline and intervention periods. The mean number of partnership problems increased from a mean of 1.5 (SD: 1.9) at baseline to a mean of 1.9 (SD: 1.4) during the intervention. This difference was marginally significant after adjustment for child gender, age, and severity category. When ED providers acted on kiosk data, reports of information problems were fewer (0.6 +/- 0.8) than when no action was taken (1.1 +/- 1.1). **CONCLUSIONS:** The asthma kiosk demonstrated small and variable impact on quality. Physicians' nonuse of kiosk-generated recommendations may explain the limited impact of the intervention.

**(75) Riley S, Brady AE, Goldberg J, Jacobs F, Easterbrooks MA. Once the door closes: Understanding the parent-provider relationship. Children and Youth Services Review 2008 5;30(5):597-612**

The parent-provider relationship has been purported to be a central mechanism by which home-based parenting education and family support programs affect child and family outcomes. Despite its centrality in the theory of such programs, we have limited knowledge of how this relationship develops and functions, and how it may influence program outcomes. This article describes three levels of examination that can be used to understand the parent-provider relationship, using the example of one evaluation of a statewide home visiting program for teen parents. By examining the relationship on several levels, we are able to demonstrate its complexity, and to begin to explore its many dimensions. In-depth observational methods provide the most sophisticated understanding of the parent-provider relationship.

**(76) Ryan SD, Tracy EM, Rebeck AC, Biegel DE, Johnsen JA. Critical themes of intersystem collaboration: moving from a "can we" to a "how can we" approach to service delivery with children and families. J.Fam.Soc.Work 2001;6(4):39-60**

Human service agencies are increasingly encouraged to collaborate to support a more comprehensive, integrated, and responsive service delivery model for vulnerable children and their families. This paper describes specific facilitators and barriers emerging from the thematic analysis of interviews conducted over a two-year period with staff in counties that implemented a statewide inter-system collaboration project. The following facilitators were observed: accessible and available resources, flexible funding structures, organizational structures that encouraged partnerships and teams, participants open and committed to working together, and management supportive of front line efforts. Factors that hindered the collaboration effort included unavailable or inaccessible resources, unclear administrative guidelines and corresponding difficulty in defining the target population, philosophical differences between participants, and competing demands on time and funds.

**(77) Saaren-Seppälä T. Yhteisen potilaan hoito : tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Acta Universitatis Tamperensis. No 1052 2004.**

**(78) Scott D, Brady S, Glynn P. New mother groups as a social network intervention: consumer and maternal and child health nurse perspectives. Aust.J.Adv.Nurs. 2001 Jun-Aug;18(4):23-29**

Maternal and child health nurses in two outer urban local government areas in Melbourne, Australia were interviewed about how they facilitated first-time parent groups. Groups were offered to all first time mothers and almost two thirds of mothers joined a group. The groups ran for approximately eight sessions and provided infant-focussed parent education and social contact. Women who joined the groups were followed up 18 months to two years later to determine the degree to which these groups continued to meet on their own accord and the extent to which they had become self-sustaining social networks. The study found a very high level of continuation, suggesting that providing such programs may be an important vehicle for enhancing social support during the transition to parenthood and thus be a useful primary prevention strategy.

**(79) Smith MA. Health visiting: the public health role. J.Adv.Nurs. 2004 Jan;45(1):17-25**

Background. United Kingdom (UK) government policy advocates the development of a family-centred public health role for health visitors. Studies have suggested that barriers and constraints exist to hinder the development of a public health role. However, few of these have considered the issues from a practitioner perspective. Aim. The aim of the study was to examine the constraints on developing a family-centred public health role in a health visiting service. Methods. An exploratory study was carried out using focus groups with 27 health visitors in one primary health care trust in North West England. Data were transcribed and analysed to identify themes. Findings. Elements of practice that contributed to public health were identified, along with constraints on the development of a family-centred public health role. Three themes were generated from the health visitor focus group discussions as a framework for addressing the constraints: connecting to public health, clarifying the role and changing practice. Conclusions. The study sets out the challenge faced in developing the public health roles of practitioners. Leadership is essential for clarifying the public health role, developing networks between public health and practitioners, and supporting change in practice. Despite the limitations of the study, its findings, together with evidence from previous literature, suggest that there are common issues that face health visiting services in the UK as they seek to develop the public health role.

**(80) Solish A, Perry A. Parents' involvement in their children's behavioral intervention programs: Parent and therapist perspectives. Research in Autism Spectrum Disorders ;In Press, Corrected Proof**

Although the need for active parent involvement in Intensive Behavioral Intervention (IBI) has been emphasized by professionals in the field, little research has explored this involvement or what it entails. A parent self-report questionnaire and a similar therapist questionnaire were designed for this study, in which parent Involvement and five variables believed to influence Involvement were operationalized and measured. The independent variables included: parents' Self-efficacy; Knowledge of autism and IBI; Belief in IBI; Perception of Child Progress; and Stress. Forty-eight parents and 34 therapists completed questionnaires about parents' involvement. Both similarities and discrepancies were noted between parent and therapist report. Parents' Self-efficacy, Knowledge, and Belief in IBI were significantly correlated with their Involvement. Furthermore, according to parent report, Self-efficacy accounted for almost half of the variance in predicting Involvement, even when controlling for child characteristics. Clinical implications are discussed.

**(81) Hanna S, Law M, Russell D, Stewart D. Evaluating children's rehabilitation services: an application of a programme logic model. Child: Care, Health and Development 2004 Sep;30(5):453-462**

Objectives. To apply a programme logic model to evaluate the effectiveness of a new therapy service for children with special needs who were in transition from pre-school to kindergarten. Setting. A children's outpatient rehabilitation centre in Ontario, Canada. Main outcomes. The short-term outcomes included parents' perceptions of the transition process itself and the information they required, the children's skill development for the transition to kindergarten,

and parents' perceptions of services and satisfaction with resources. **Methods.** A combination of quantitative methods [Goal Attainment Scaling (GAS), Measure of Processes of Care (MPOC), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)] and qualitative interviews were used to evaluate both the process ("Outputs") and outcomes ("Short-term objectives") of the new therapy service. **Results.** The children involved in the evaluation met or exceeded goals that were set by therapists and parents. Parents' perceptions of, and satisfaction with, the new service were higher than the provincial average. Qualitative data from interviews with parents and service providers supported the findings from standardized measures, and provided suggestions for future service delivery. **Conclusions.** The programme logic model provided researchers and service providers a collaborative and systematic approach to conducting programme evaluation in a relatively short-time frame. It appears to be a useful option for evaluation of other children's services.

**(82) Sullivan CM, Bybee DI, Allen NE. Findings From a Community-Based Program for Battered Women and Their Children. J.Interpers.Violence ;17(9):915.**

**(83) Swenson CC, Randall J, Henggeler SW, Ward D. The outcomes and costs of an interagency partnership to serve maltreated children in state custody. Children's Services: Social Policy, Research, & Practice 2000;3(4):191-209**

The primary objective of the Charleston Collaborative Project (CCP) was to develop and implement a clinical and cost-effective interagency collaboration that provided a single point of entry and a seamless system for providing services. The CCP successfully developed such a system with collaboration among 1 private and 3 state agencies that serve maltreated children taken into custody. Caregivers (aged 16-69 yrs) of abused children (aged 1 day-16 yrs) participated. Although implementation of the collaborative was not optimal, the available evidence does not support the view that the CCP was more effective than Current Services at improving child and caregiver functioning, increasing family reunification, or decreasing use of out-of-home care. When a comprehensive range of costs is considered, evidence suggests that the CCP produced modest cost savings. The lack of favorable clinical findings is consistent with treatment effectiveness literature pertaining to community-based mental health services. Policy implications are outlined.

**(84) Tandon SD, Parillo KM, Jenkins CJ & Duggan AK. Home visitors' recognition of and response to malleable risk factors among low-income pregnant and parentig women. Maternal & Child Health Journal 2005 9:273-283.**

**(85) Uludag A. Elementary preservice teachers' opinions about parental involvement in elementary children's education. Teaching and Teacher Education 2008 4;24(3):807-817**

Although parent-teacher interaction is a key factor for children's education, little attention has been paid to this issue in teacher education programs. This study explores and examines the opinions of elementary preservice teachers about parental involvement in elementary children's education. While a total of 223 preservice teachers from a large research university in the southeast of United States participated in the quantitative part, twelve preservice teachers within the same sample who were at the end of their student teaching participated in the qualitative part of the study. Study results suggested that teacher education programmes where parental involvement instruction and activities are integrated into the courses help pre-service teachers become better prepared and carry positive opinions toward parental involvement.

**(86) Valentine K, Fisher K, Thomson C. Making integration happen: the Families First policy experience. Child.Abuse Rev. 2006 Nov-Dec;15(6):414-428**

This paper explores the implementation experience of a child and family policy with ambitious integration goals. The questions to be addressed here focus on the factors that facilitated integration, those that hindered it, and the meanings in practice of integration at the levels of

service delivery, planning, and management. The policy is Families First, implemented in New South Wales, the largest state in Australia, beginning in 1998. Families First is an ambitious state-wide initiative that aims to improve the health and wellbeing of children aged from birth to eight years, by supporting parents and carers. This is to be achieved by the development of a coordinated network of prevention and early intervention services that identifies children and families who require further assistance and links them to appropriate support early, before problems become entrenched. Based on the process evaluation of Families First's implementation, this paper argues that successful implementation of Families First as an integration policy was characterized by high levels of participation from a range of actors. We found a number of factors facilitated integration: inclusive practice; building relationships; empowerment; and time and resources. These findings also, however, raise larger questions about the application of integration policies in an early childhood context, where these facilitators are known to be in short supply.

**(87) Van Voorhis F, Sheldon S. Principals' Roles in the Development of US Programs of School, Family, and Community Partnerships. *International Journal of Educational Research* 2004;41(1):55-70**

This longitudinal study of 320 US schools explored the importance of the principal to the development of programs of school, family, and community partnerships. Schools rated the degree of support from the principal for school-wide efforts of family and community involvement and provided data on principal turnover. Analyses also explored other essential elements of partnership program success including teamwork and external support variables. The regression analyses indicated significant and positive relationships between principal support and partnership program quality in 2002. Principal turnover failed to predict variation in program quality. The results suggest the importance of engaging the principal in partnership efforts; developing strong support for partnerships among parents, teachers, and community members; and continually expanding and evaluating the work of the partnership team to promote student success and development.

**(88) Viggiani PA, Reid WJ, BaileyDempsey C. Social worker-teacher collaboration in the classroom: help for elementary students at risk of failure. *Res.Soc.Work.Pract.* 2002 Sep;12(5):604-620**

Objective: Social worker-teacher classroom collaboration (SWTCC) is an innovative model of intervention for at-risk elementary school children in which a social worker and a teacher work together in the same classroom. The model was evaluated to determine whether or not the intervention improved attendance, classroom behavior, and grades. Method: SWTCC was implemented using social work interns in two classrooms in an urban elementary school in Albany, New York. The classrooms were chosen because they had high proportions of children displaying attendance, behavioral, and academic difficulties. The model was evaluated through a quasi-experimental design in which two classrooms receiving the intervention were compared with two similar classrooms that did not receive it. Results: A repeated measures ANOVA indicated that the intervention classrooms surpassed the comparisons classrooms in respect to attendance and a number of behavioral variables. There were no significant differences in grades. Social worker, teacher, pupil, and parent questionnaires revealed that the intervention was perceived positively. Conclusions: SWTCC shows sufficient promise to warrant further development and testing. It may be particularly suited for use in conjunction with social work field education. The use of social work students as collaborators may make the model feasible from a cost perspective. Moreover, SWTCC should provide students with a rich hands-on experience in collaborative work.